LYON MÉDICAL

N° 36. — DIMANCHE 3 SEPTEMBRE 1893.

SUSPENSOIRE NORMAL, A TRACTION POSTÉRO-ANTÉRIEURE;

Par M. P. DIDAY.

« J'ai été surpris moi-même qu'on ait manqué de faire une réflexion si simple; mais il est certain qu'on ne l'avait pas faite. »

GOLDSMITH.

Même parmi les plus perfectionnés, tout suspensoire pèche par un vice de construction qui l'empêche de rendre de bons services, et parfois l'expose à rendre un mauvais service.

Le meilleur, le suspensoire Horand, a de nombreuses et précieuses qualités. Il immobilise l'organe malade, le soumet à une douce compression élastique, agit en plus par la chaleur et la transpiration qu'il provoque. Aussi ne proposé-je point de l'abandonner, mais seulement de le modifier.

Le modifier... En quoi ?

Lorsqu'un testicule est enflammé, lui ou ses annexes, ce serait une faute grave, un inepte contre-sens que de le laisser tomber en bas si l'on est debout, en arrière si l'on est couché. D'eux-mêmes, les malades sentent cela et lui donnent la position qui les soulage, en s'arrangeant de façon à le soutenir *relevé en haut et en avant.*

Cette situation préférable, nos suspensoires ont la prétention de la réaliser à l'aide des sous-cuisses. Mais justement, à l'aide des sous-cuisses tels qu'ils sont placés et fonctionnent, c'est la situation inverse, la situation antiphysiologique, qu'ils produisent et maintiennent. C'est ce qu'un coup d'œil permet de constater : c'est ce que ses propres sensations font encore mieux discerner au médecin lorsque, malade lui-même, il a eu l'occasion d'apprécier l'effet de ces divers appareils.

Honteux à dire, mais nécessaire pour la clarté de cet exposé, de toutes les inventions qui se sont succédé en ce genre, celle qui donne l'idée la plus exacte de la façon dont doivent être remplies les conditions essentielles d'un appareil contentif des bourses, c'est, malgré sa construction par

trop rudimentaire, c'est encore le classique *trousse-c.....* de nos vieux caporaux (1) !

Pourquoi ?... Il est temps de l'expliquer, et dans les plus grands détails, puisque personne ne s'en est encore aperçu.

Les testicules vont dans le sens où ils sont tirés, n'est-ce pas ?

Or ici qui les tire ?... Les sous-cuisses.

Par conséquent, dans nos suspensoires, les sous-cuisses, c'est-à-dire les agents de traction, étant cousus *en arrière* de la poche, c'est *en arrière* que poche et testicule sont attirés lorsque, pour fixer le suspensoire, on tire sur les sous-cuisses.

« Attirés en arrière ! va s'écrier un partisan du suspensoire vieux jeu. En arrière !... Alors c'est vous qui l'aurez voulu. Car quoi de plus aisé que de s'y opposer si d'une main on attire le testicule en avant, au moment où de l'autre on tire sur les sous-cuisses ? »

Rien de plus simple, en effet, mon ami. Mais, je vous prie, de quelle main tenez-vous les testicules refoulés en avant ?

« De quelle main ? Mettons de la gauche... puisque la chose vous intéresse. »

Un mot encore. Veuillez seulement me dire où est cette main-là au moment où vous tirez ensuite sur les sous-cuisses.

« Mais..... »

Écoutez donc, c'est déjà beaucoup, même pour la spacieuse poche du suspensoire Horand, de contenir deux testicules, dont un tuméfié, plus le matelas de coton. S'il faut encore y ajouter votre main...

« Ma main !... Comment cela ? »

Eh oui ! votre main gauche qui, pour tenir le testicule valablement porté en avant aura dû rester en place !!...

En fait, quand on a, médecin, opéré soi-même sur soi-même, on reconnaît que ce refoulement en avant auquel le

(1) En voici la description sommaire. Pliez un grand mouchoir de poche en forme de triangle rectangle. Puis, l'hypothénuse étant placée sur les reins, nouez les deux angles aigus sur le bas-ventre ; ceci fait ceinture. L'angle droit pend alors entre les cuisses : en le ramenant en avant vous ramenez avec lui dans le même sens les testicules qu'il ne vous reste plus qu'à fixer dans cette situation en attachant le sommet de l'angle droit à la ceinture.

malade devrait se livrer ne constitue qu'une manœuvre douloureuse et illusoire.

Douloureuse. Pour maintenir le testicule en avant pendant qu'en tirant sur les sous-cuisses vous l'attirez en arrière, il faut le presser. Or ce n'est jamais sans le faire souffrir qu'on presse sur un organe enflammé ;

Illusoire. Car, quoi qu'on fasse, il y a là trois temps *successifs :* 1° vous ramenez en avant le testicule (en faisant, si vous croyez aux miracles, un vœu pour qu'il reste là) ; 2° vous l'abandonnez à lui-même afin de pouvoir ôter votre main ; 3° vous tirez alors, d'*avant en arrière*, sur les sous-cuisses, ce qui forcément amène le testicule dans ce sens et définitivement par conséquent le fixe *en arrière.*

Confection du nouveau suspensoire.

Rien de plus simple. En principe, c'est le suspensoire Horand, mais retourné sens devant derrière et adapté à la conformation des régions qu'il est appelé à desservir. Expliquons ceci :

Un suspensoire comprend trois pièces : la *ceinture*, la *poche*, les *sous-cuisses.*

Eh bien, prenez la ceinture d'un suspensoire quelconque et placez-en le *plein*, le milieu non sur l'hypogastre comme avec les suspensoires ordinaires, mais au pôle opposé, aux lombes, puis, ses bouts étant ramenés en avant, agraffez-la au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Quant à la poche, n'en connaissant ni concevant de mieux appropriée à sa destination que celle du suspensoire Horand, je la lui emprunte et l'applique.

Seulement, voici la différence de connexion de cette pièce, qui s'ensuit et s'impose :

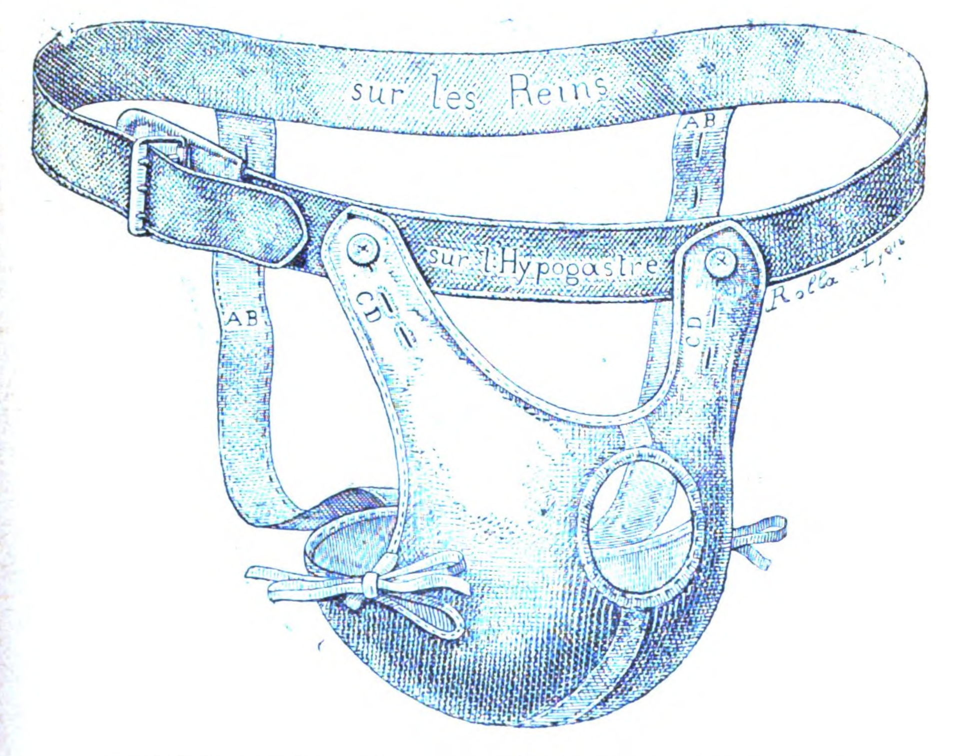
Dans tout suspensoire la ceinture doit *se continuer par un point* avec la poche (ceci pour fournir résistance aux tractions qu'on exercera sur les sous-cuisses cousus au *point opposé* de la poche).

Or, dans le suspensoire Horand, ce point d'insertion de la résistance est en avant, à l'hypogastre.

Naturellement, dans le mien, il est en arrière, aux lombes.

Mais des lombes au bord postérieur de la poche il y a une distance (de 0,20 à 0,25 selon la stature du sujet). — Et, de plus, l'anus se trouve sur la route.

Donc, il a fallu que j'établisse la continuité entre poche et ceinture par l'intermédiaire de deux bandes, cousues à 0,20 l'une de l'autre, au milieu de la partie lombaire de la ceinture, puis descendant en convergeant pour gagner le bord postérieur de la poche; bord auquel elles sont fixées, laissant là, entre elles, un intervalle de près de trois centimètres, afin de permettre la défécation.



AB, AB, deux bandes continuant en arrière la poche, et fixées par leur autre bout à la partie postérieure de la ceinture.

CD, CD, deux *tirettes* inguinales dont l'extrémité est percée de boutonnières dans l'une desquelles il suffit d'engager un bouton que porte le devant de la ceinture, pour que soit effectuée la traction postéro-antérieure.

Pour finir, et finir par l'essentiel, ajoutons que sur le bord supérieur de la poche ont été cousus, à 20 centimètres d'intervalle, deux cordons latéraux. Ces *tirettes*, longues de 12 centimètres, sont percées, vers leur bout, de trois boutonnières se succédant en ligne droite. — Comme, d'autre part, la ceinture porte sur le devant, deux boutons distants, eux aussi de 20 centimètres, il ne reste qu'à engager le bouton de gauche, puis celui de droite, dans la première, la deuxième ou la troisième boutonnières (qu'on choisit selon la stature du sujet), et voilà le suspensoire en place et en action (1).

Conclusion. — Si le testicule ou ses annexes pris d'une inflammation quelconque ont besoin de ne pas être abandonnés à leur poids, ils ont besoin aussi que le mode de soutien qu'on leur donne les maintienne dans une situation un peu élevée (axiôme de la thérapeutique de tout organe enflammé).

Or, j'ai remarqué que, dans tous les suspensoires, il est contrevenu à ce précepte par la manière dont sont placés les agents de la traction qui donne à l'organe sa situation définitive dans l'appareil contentif.

En conséquence, je me suis appliqué à remettre, comme on dit, les choses en leur place ; de façon à ce que par le jeu d'agents de traction mieux disposés, les testicules soient attirés en avant et non plus en arrière.

Ai-je ainsi fait œuvre rationnelle ?... Je l'espère, ayant pour moi la mécanique et la physiologie.

Ai-je fait œuvre utile ?... Oh ! pour cela, j'en suis sûr. Ce n'est pas l'assentiment de mes clients qui seul me le persuade. Un témoignage moins indirect m'a garanti, par le succès de l'application, par le bien-être immédiatement ressenti, la justesse du principe. C'est donc en toute certitude de jugement comme en toute tranquillité de conscience que je puis dire au lecteur : *Grati crede testimonio testis.*

(1) Ce suspensoire a été exécuté, sur mes indications, par M. Paul Biondetti, bandagiste, à Lyon (71, rue de la République), qui, dans l'exécution des détails, a fait bénéficier l'idée des fruits de son expérience technique.

ANÉVRYSME DE L'AORTE ; TRAITEMENT DE VALSALVA ; AMÉLIORATION, PUIS RUPTURE DE LA POCHE AU DEHORS ;

Par M. le docteur Bret.

F..., âgé de 39 ans, cultivateur, est entré le 17 avril 1893 salle Sainte-Élisabeth, n° 30 (clinique de M. le professeur Lépine).

Antécédents héréditaires : Père mort d'une bronchite à 64 ans. Mère vivante. Quatre sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : Pas de rhumatisme, ni syphilis, ni alcoolisme. Il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de peine à faire son travail.

Le début de l'affection actuelle remonte à la fin du mois de février 1892. A cette époque il éprouva dans l'épaule droite une sensation d'engourdissement douloureux avec diminution de la force musculaire dans tout le membre supérieur droit. Il lui semblait, dit-il, que son bras était endormi. Quinze jours après environ apparurent des modifications de la phonation, peu marquées d'ailleurs et qui paraissent avoir dépendu plutôt de complications pulmonaires que de paralysies des muscles du larynx. Il toussait, était dyspnéique, et présentait des troubles de la déglutition. Les aliments pénétraient dans le larynx et provoquaient des quintes de toux très pénibles.

Ces phénomènes s'amendèrent en avril et mai 1892; il put reprendre jusqu'au mois de septembre ses occupations. Il vit alors apparaître sur la ligne médiane du sternum, à 4 cent. au-dessous de la fourchette, une petite plaque rouge qui fut prise par son médecin pour un point abcédé, et traité par des applications antiseptiques. Peu à peu la plaque augmenta, forma tumeur et par son augmentation progressive de volume détermina le malade à entrer à l'hôpital.

Actuellement les symptômes subjectifs se réduisent à quelques vagues tiraillements douloureux au niveau de la tumeur et dans le bras. Dyspnée légère. Aucun phénomène laryngé. Au niveau de la face antérieure du sternum, à 4 centimètres au-dessous de la fourchette, existe une tumeur rénitente, un peu irrégulière, ayant le volume de la moitié

d'une grosse pomme. Elle présente un mouvement expansif et des battements visibles à l'œil et perceptibles à la palpation. L'auscultation, soit de la tumeur, soit de la partie postérieure du thorax, ne révèle aucun souffle. On entend seulement les deux bruits du cœur.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, assez en dehors du mamelon.

Les deux pouls radiaux sont synchrones, mais ils retardent notablement sur le choc précordial : à la radiale le pouls est bon, régulier, assez tendu. Les pulsations carotidiennes sont peu marquées, beaucoup moins intenses que celle des sous-clavières qui ne sont pas surélevées.

Pas d'athérome artériel visible extérieurement. Le facies est assez coloré.

La pupille droite est beaucoup plus dilatée que la gauche.

La peau au niveau de la tumeur est rouge et un peu amincie. Comme traitement on prescrit le repos et on donne au malade une dose quotidienne de 6 grammes d'iodure de potassium. Diète sèche.

Nous voyons le malade à dater du 1er mai, époque à laquelle nous remplaçons notre collègue et ami Durand dans le service de M. le professeur Lépine.

8 mai. L'état local est stationnaire. Le malade éprouve depuis hier matin un point de côté à gauche accompagné de dyspnée. La température atteint le soir 39°,8. Le pouls est à 80.

L'auscultation permet de constater des râles sous-crépitants à la base gauche. Kermès, 0,25.

9 mai. Les râles sous-crépitants ont fait place à des râles sibilants. Le malade est baigné d'abondantes sueurs. La température est toujours élevée. Quinine, 1 gr.

L'état pulmonaire s'est amélioré, mais il existe des sueurs profuses. Le pouls est petit. Le malade est dans un état de faiblesse extrême.

12 mai. Il a eu hier des vomissements ; il a du dégoût de la viande. Le pouls est petit, les bruits du cœur sont faibles. Poussée d'herpès sur les lèvres.

26 mai. L'état grippal du malade a disparu ainsi que la fièvre. Le pouls a repris une tension assez forte. On réduit à

2 gr. la dose quotidienne d'iodure, à cause d'une éruption acnéique confluente.

27 mai. Pour diminuer la tension intra-anévrysmale et favoriser la formation de caillots, M. le professeur Lépine fait pratiquer une saignée de 400 gr. Le malade est mis au repos absolu. La quantité de boisson est réduite au minimum strictement indispensable ; le malade calme sa soif en tenant dans sa bouche des fragments de glace ; son alimentation consiste en lait et poudre de viande.

29 mai. Depuis quelques jours la tumeur présente une extension périphérique notable ; les muscles pectoraux sont soulevés de chaque côté, la peau est violacée et très amincie au point le plus saillant de la poche anévrysmale. Les douleurs sont vives, on fait au malade chaque jour trois injections avec 0,01 de chlorhydrate de morphine.

1er juin. Même état.

3 juin. Nouvelle saignée de 350 gr. La peau qui recouvre la tumeur présente une petite ulcération consécutive à une eschare, ulcération par laquelle s'écoule un liquide séro-purulent.

5 juin. La tumeur tout entière a pris un aspect violacé très marqué sur lequel se détachent deux points noirâtres, siège de deux eschares. Les muscles pectoraux sont infiltrés par un épanchement sanguin qui s'étend de chaque côté jusqu'à l'épaule. Le malade a en outre de violentes quintes de toux que les injections de morphine ne calment qu'incomplètement. Malgré la faiblesse du pouls assez marquée on fait une saignée de 300 gr.

7 juin. Le malade meurt subitement ce matin à 7 heures par rupture extérieure de la poche, et par l'issue d'une quantité considérable de sang mélangé à des caillots.

Autopsie. — On constate dans la partie inférieure de la tumeur une fente longitudinale réunissant les deux eschares qu'on avait vues chez le malade de son vivant. Par cette fente s'est faite l'issue de sang mélangé de caillots, l'hémorrhagie qui a emporté le sujet. Au moment de l'examen nécropsique, la poche ne présente plus aucune tension : elle fait encore une saillie extérieure, mais elle est flasque et comme dégonflée. On fait une incision en forme de point d'interrogation partant de la fourchette sternale, contour-

nant la demi-circonférence gauche de la tumeur, puis redevenant verticale pour aboutir à l'épigastre. La dissection de la tumeur, pratiquée de gauche à droite, permet de constater qu'à la périphérie la peau est épaissie, œdématiée, et présente un aspect lardacé. Au fur et à mesure qu'on s'approche du centre de la tumeur, le derme est aminci et cède facilement aux tractions.

Le sternum présente un orifice circulaire assez régulier ayant 8 centimètres de diamètre environ. Le rebord de cet orifice est épaissi et lisse.

Les muscles grands pectoraux sont soulevés, portés en avant par une infiltration de sang et de caillots qui occupe leur face postérieure. Lorsqu'on pique les fibres musculaires avec le bistouri, il s'écoule une sérosité hématique mélangée de caillots.

L'examen du cœur et de l'aorte montre les détails suivants :

Il existe une symphyse péricardique complète.

Le ventricule gauche est un peu dilaté et hypertrophié; plaques de myocardite en traînée dans la région de la pointe.

L'aorte est très dilatée : à son origine elle mesure une circonférence de plus de 12 centimètres, soit un diamètre de 4 centimètres. Les valvules sigmoïdes sont assez notablement athéromateuses. L'épreuve de l'eau montre que les valvules ne ferment pas complètement l'orifice aortique.

L'examen de l'aorte préalablement incisée révèle l'existence de deux poches anévrysmales : une première située sur la portion ascendante à 2 centimètres au-dessus des valvules, une autre située à la partie la plus élevée de la crosse et beaucoup plus vaste.

La première poche est rompue en avant : elle est en rapport avec la masse de caillots cruoriques sous-jacente à la peau. Elle communique avec l'aorte par un orifice circulaire, très régulier, un peu épaissi, de dimension d'une pièce de cinq francs.

En somme, l'examen de la tumeur anévrysmale présternale montre comme couches successives d'avant en arrière : 1° la peau très amincie; 2° une masse de caillots cruoriques; 3° la poche anévrysmale incomplète rompue en avant; 4° l'orifice de communication.

La seconde poche est beaucoup plus vaste : elle peut loger le poing d'un enfant. L'orifice de communication irrégulièrement circulaire a un diamètre de 7 centimètres. Cette poche n'est pas amincie : aucun point de la paroi ne semble en imminence de rupture; elle est en rapport extérieurement avec la bifurcation des bronches, mais elle ne comprime aucun nerf important. A sa gauche prennent naissance le tronc brachio-céphalique droit, la carotide et la sous-clavière gauches.

L'examen de l'aorte poussé jusqu'à la naissance des iliaques primitives ne révèle aucun détail nouveau.

Réflexions. — Ce cas méritait d'être publié en raison des bons effets relatifs, pendant un certain temps, du traitement de Valsalva. — L'autopsie a montré que ce cas était, en fait, absolument au-dessus des ressources de l'art, puisqu'il existait deux poches anévrysmales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de juillet 1893.— Présidence de M. Cordier.

NÉCROSE ET ÉLIMINATION SPONTANÉE D'UN LIMAÇON AVEC CONSERVATION APPARENTE D'UN CERTAIN DEGRÉ D'AUDITION.

M. Lannois présente un séquestre éliminé par le conduit auditif externe et constitué par le limaçon osseux du côté droit. Voici brièvement résumée l'histoire du malade qui était soigné par le docteur Guillaud (de Vaise).

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans ayant une otorrhée à droite depuis l'âge de trois ans. Celle-ci était survenue au cours d'une rougeole grave qui a aussi laissé une taie sur la cornée droite.

L'écoulement s'arrêtait parfois et il y a même cinq ans qu'il ne s'était pas reproduit, lorsqu'il reparut au mois de juillet 1892 avec un peu de douleur. Le malade a été réformé au conseil de révision, non pour son oreille, mais pour insuffisance de périmètre thoracique. Cependant il ne tousse

pas et un examen attentif ne permet pas de trouver trace de tuberculose.

Le malade est vu pour la première fois le 14 septembre 1892. Depuis neuf jours il a des douleurs très vives dans toute la tête et dans l'oreille droite et des vertiges qui le forcent à rester au lit sans bouger. Jusqu'à il y a trois jours, il a eu des vomissements presque incessants. Il a une fièvre qui oscille entre 38° et 39° (assez irrégulière).

L'écoulement est constitué par du pus mélangé de sang. On ne voit pas le fond de l'oreille à cause de granulations nombreuses dans le conduit et dans la caisse. Il n'entend la montre qu'au contact fort, osseux, au niveau du conduit ; il ne latéralise pas le son du diapason (*ré*[3]), mais l'expérience de Rinne est positive.

L'audition est bonne à gauche.

Les jours suivants les douleurs continuèrent, la fièvre s'accompagna de frissons, le moindre mouvement amenait des vomissements. L'antipyrine en solution concentrée que M. Lannois essayait alors, à l'instigation de M. le professeur Cazeneuve, dans le traitement des otorrhées, donnait seule un calme passager des douleurs. Rien n'autorisait à penser qu'il y eût de la mastoïdite, car il n'y avait absolument pas de douleurs de ce côté. On se contenta d'enlever les granulations polypeuses du conduit et de les cautériser à l'acide chromique.

Au bout de quinze jours le malade put se lever et venir lui-même à la consultation. Il fallut tout l'hiver pour arriver à sécher l'oreille, en raison de la facilité avec laquelle il se reproduisait des bourgeons charnus qu'il fallait enlever et cautériser. Traitements divers à l'antipyrine, au menthol, à l'alcool absolu, à l'acide borique, etc.

Le 18 mai, le malade, qui ne venait d'ailleurs plus se montrer que de temps à autre, est considéré comme guéri de son écoulement : le fond de la caisse est cependant encore un peu humide, difficile à voir à cause de l'étroitesse du conduit. On ne voit aucune trace des osselets ni du tympan.

Le 5 juillet, le malade revient en disant qu'il a eu un peu de douleur la semaine précédente et que son oreille suinte légèrement. Après lavage on trouve dans le conduit une petite masse d'aspect osseux qu'on enlève avec précaution et sur

la nature de laquelle il ne peut y avoir de doute : il s'agit du limaçon osseux expulsé en entier, c'est-à-dire de la columelle et de la lame spirale faisant deux tours et demi de spire environ et se terminant par le crochet (hamulus).

Le 12 juillet le malade revient avec sa caisse bien sèche et l'examen de l'audition démontre qu'il entend encore la montre et l'acoumètre de Politzer au contact de l'os en avant du conduit et sur l'apophyse mastoïde. Il lui est impossible de latéraliser le diapason placé sur le front : lorsqu'on le place sur l'apophyse mastoïde droite, il croit le percevoir de ce côté, mais ne l'affirme pas comme pour la montre et l'acoumètre. Expérience de Rinne négative à droite.

Il y a lieu de faire remarquer dans ce cas :

1° L'absence de tuberculose, car c'est le plus souvent chez des phtisiques que se produisent les séquestres de ce genre.

2° La guérison complète du malade, ce qui est la règle une fois sur cinq environ.

3° La limitation du séquestre à la cochlée, et par suite l'absence d'autres phénomènes, tels que vertige de Ménière, paralysie faciale, etc.

4° La persistance d'un certain degré d'audition apparente. Ce phénomène paradoxal, qui s'est d'ailleurs produit dans plusieurs autres cas, a beaucoup exercé la sagacité des otologistes. Fallait-il admettre que quelques-uns des filets qui se rendent aux parties du labyrinthe autres que le limaçon étaient doués de l'activité auditive ? Mais la persistance apparente de l'audition s'est rencontrée dans des cas de séquestre comprenant à la fois la cochlée, le vestibule et une partie de l'appareil des canaux semi-circulaires.

On a pensé aussi que les malades percevaient les sons par l'oreille saine et faisaient de bonne foi une erreur de lieu. Mais le malade en question, qui est très intelligent et qui était prévenu de la possibilité de cette erreur, affirmait entendre, par l'oreille privée de limaçon, la montre et l'acoumètre au contact. La voix n'a pas été employée chez lui comme moyen d'examen à cause précisément de la difficulté de mettre l'oreille saine hors de cause.

L'opinion la plus vraisemblable est celle d'un ébranlement se transmettant, par l'intermédiaire des parois osseuses, jusqu'au nerf acoustique et jusqu'aux centres percepteurs

ébranlement que le malade extériorise par un mode physiologique bien connu.

L'un des secrétaires annuels, Dr L. Dor.

REVUE DES LIVRES

Leçons sur le traitement des névroses, par le Dr E. Seguin, de New-York. — Paris, 1893, Octave Doin.

Le cours dont M. Seguin lui-même nous donne la traduction comprend trois leçons. « Dans la première sont exposées certaines particularités du traitement des névroses ; dans la seconde l'auteur parle de l'hygiène, du régime diététique et du traitement moral qu'il convient de leur opposer ; le troisième a trait à l'emploi abusif de certains médicaments, et en particulier des bromures, de la morphine, et de l'alcool. » Pleines d'intérêt et d'humour, ces leçons que nous allons suivre pas à pas, sont comme on le verra loin d'être banales.

PREMIÈRE LEÇON.

Épilepsie. — L'épilepsie n'est qu'un syndrome que des conditions pathologiques assez diverses peuvent produire ; mais il ne s'agit ici que de l'épilepsie *idiopathique* souvent d'ailleurs mal délimitée.

Tout en appliquant le traitement classique, il convient de rechercher et de combattre des conditions d'ordre secondaire qui ont leur importance; on luttera contre les défauts oculaires, la dysménorrhée, les désordres digestifs qui peuvent jouer un certain rôle dans la genèse des attaques. On se préoccupera des troubles existant du côté des ovaires, des malformations préputiales, mais il faudra toujours se garder de suspendre, au moins entièrement, l'usage des bromures. L'ablation des ovaires, au même titre que d'autres procédés opératoires, doit être réservée pour des cas bien rares, et le chirurgien ne devrait jamais parler de guérison avant deux ans passés sans manifestations épileptiques.

Le traitement de l'épilepsie doit consister dans l'emploi des bromures, mais des bromures administrés avec beaucoup de tact. Encore faut-il reconnaître que Seguin professe sur la curabilité de l'épilepsie idiopathique une opinion pessimiste ; pour lui, le traitement bromuré peut guérir l'épilepsie, mais

dans un nombre de cas excessivement restreint. S'agit-il des malades traités médicalement, il faut, avant de déclarer la guérison obtenue, laisser passer une période de cinq années libre de tout accident, et cela à la condition qu'on ait abaissé graduellement les doses durant la quatrième année et supprimé le remède pendant la cinquième.

La pratique qui consiste à voir un épileptique une fois et à lui fournir d'emblée une dose définitive est répréhensible ; la sensibilité des malades au bromure varie beaucoup, et l'auteur se fait une règle d'obliger les épileptiques qui vivent loin de New-York à y séjourner pendant un mois ou deux et à lui rendre visite deux fois par semaine au début.

Voici quelques règles relatives aux dosages des bromures :

a) La résistance à l'action des bromures varie beaucoup avec les individus. Seguin a vu une femme adulte atteinte de bromisme après avoir absorbé pendant une semaine ou deux une dose quotidienne de 2 grammes de bromure de sodium ; par contre, il lui est arrivé de prescrire jusqu'à 10 grammes de bromure par jour à une jeune fille de 15 ans.

b) Les enfants supportent des doses très élevées. Beaucoup de jeunes épileptiques, âgés de 2 à 6 ans, doivent prendre 2 gr. 75 à 4 grammes par jour.

c) Il existe chez les sujets adultes une relation proportionnelle entre le poids de l'individu et sa résistance au remède.

d) Les affections du cœur diminuent cette résistance. Le cas échéant, il faut adjoindre la digitale au bromure.

e) Les lésions organiques du cerveau facilitent le bromisme.

f) Le développement de l'acné bromique dépend moins des doses que de certaines conditions particulières (état anormal de la peau, excrétion insuffisante des sels de brome par les émonctoires). L'éruption peut être atténuée en faisant prendre les bromures dilués dans une grande quantité d'eau alcaline, et en prescrivant de temps en temps d'assez fortes doses d'arsenic.

g) Le bromisme s'accuse par la perte des réflexes pharyngien qu'on doit d'ailleurs s'efforcer d'obtenir, par des somnolences, de la faiblesse musculaire, une augmentation du réflexe patellaire, de la parésie cardiaque, de l'anorexie, une fétidité spéciale de l'haleine, un certain degré de démence. Le malade peut succomber dans un état typhique. On doit

chercher à produire et à maintenir chez le patient un certain degré de bromisme pendant plusieurs années. La difficulté est de maintenir un état de saturation moyenne.

h) On peut se diriger de la façon suivante dans le choix du bromure et son mode d'administration. Le bromure de sodium est préférable, il est inutile d'user de formules compliquées ; Seguin prescrit :

Bromure de sodium (ou autre).....	45 grammes.
Eau filtrée........................	200 —

et supprime les sirops, les amers et même les eaux aromatisées. Le bromure de zinc et le monobromure de camphre seront donnés en capsules ou pilules. La capacité de la cuillère à café étant variable, les doses doivent se prendre dans un verre ou tube gradué. Les médicaments accessoires seront pris à part.

Chaque dose doit être largement diluée ; les doses moyennes seront prises dans un grand demi-verre d'eau, les doses fortes (de 2 à 4 grammes) dans un verre entier, et bues lentement. Une eau faiblement alcaline rend l'absorption plus facile. De même que les iodures, les bromures peuvent être donnés avec avantage dans du lait (chez les enfants).

Le nombre des doses quotidiennes doit être aussi restreint que possible. En se guidant sur un tableau des attaques, on donnera toute ou presque toute la dose de bromure efficace 4 ou 6 heures avant le moment de leur apparition éventuelle. Lorsque les crises surviennent à n'importe quelle heure, on prescrira le remède en trois ou quatre doses à peu près égales et à des intervalles réguliers. Sauf la dose du coucher, les autres seront prises de préférence après avoir mangé.

Les doses seront augmentées avec le progrès de l'âge et l'accroissement de poids du corps, l'approche de la puberté, souvent pendant les quelques jours qui précèdent les règles, enfin si le malade doit s'exposer à une fatigue où à une excitation anormale.

Lorsque le sujet aura passé trois ans sans présenter aucune manifestation épileptique, on diminuera la dose journalière de 50 centigrammes à 1 gramme, tous les trois ou quatre mois. Vers la fin de la quatrième année, on pourra cesser toute médication épileptique, à condition que le malade observe une hygiène sévère. Encore est-il bon, au cas de préoccupa-

tion ou de fatigue, de faire prendre du bromure à intervalles variables.

Les doses maxima seront surtout bien tolérées en hiver et en automne. On restreindra l'emploi du bromure pendant les maladies intercurrentes.

En somme, bien qu'on rencontre de grandes et sérieuses difficultés à l'obtenir, c'est à l'administration longtemps continue des bromures qu'il faut recourir, mais on a besoin d'une attention incessante et il convient d'avoir grand souci des détails.

Certaines circonstances, d'ailleurs bien rares, peuvent exiger la suppression de ce remède. Dans ces conditions, on ne méprisera pas trop la belladone et la noix vomique qui seront quelquefois d'utiles adjuvants; mais Seguin conseille surtout de substituer en partie le chloral au bromure : au cas d'acné confluente et ulcéreuse, au cas encore d'un bromisme cérébral trop accentué. Pour l'auteur américain le chloral est un aussi bon anti-épileptique que le bromure, et paraît même mieux toléré par certains sujets.

Le chloral et le bromure sont souvent plus insuffisants dans le petit mal. On donnera alors, avec des doses moyennes de bromures, la strychnine dans l'acide nitro-muriatique de la pharmacopée anglo-américaine, l'atropine ou la belladone à hautes doses.

Chez les épileptiques au cœur malade, la digitale, le strophantus et la caféine peuvent avoir leur utilité. Contre l'acné, Seguin emploie l'arsenic à dose élevée, trois milligrammes d'acide arsénieux en granules après les deux principaux repas, pendant une semaine de chaque mois. Le malade se lavera tous les jours le visage avec un bon savon et de l'eau chaude contenant quelques gouttes d'ammoniaque. Les onguents soufrés sont aussi de mise.

Le fer et l'huile de foie de morue ont souvent leurs indications dans le traitement anti-épileptique prolongé. Chez les enfants présentant les dents d'Hutchinson, l'auteur administre le sublimé pendant une longue période à des doses variant de 0,0005 à 0,001 dans un élixir de gentiane ou de quinquina.

Nous avons si longuement insisté sur le traitement de

l'épilepsie, que nous résumerons brièvement les considérations thérapeutiques sur les autres névroses.

Chorée. — La principale ressource est dans l'arsenic ; mais pour en obtenir un résultat brillant il faut, dans la majorité des cas, prescrire plus de quinze gouttes trois fois par jour. Si les troubles gastro-intestinaux et la rougeur des yeux apparaissent, on suspend le traitement pendant deux ou trois jours, et on le reprend aux doses atteintes au moment de l'apparition des accidents. On continue à augmenter d'une goutte par jour, jusqu'à ce que l'on arrive à en donner dix-huit, vingt et même vingt-sept, trois fois par jour. On diluera largement la dose dans un grand verre pris en plusieurs fois dans l'heure qui suit le repas.

Le repos, souvent absolu, est un adjuvant très utile. S'il existe de l'insomnie, on donnera passagèrement un peu de chloral ou d'hyosciamine.

Il est bon de supprimer d'un coup l'arsenic, au moment de la convalescence, mais on prescrira longtemps encore le repos, le fer, les lotions à l'éponge avec l'eau froide et salée. Les bromures sont nuisibles à part les cas où il existe de l'irritabilité générale ou une excitation génésique.

On pratiquera quelquefois la circoncision, on traitera les irritations vulvaires, et on s'occupera avec une attention toute particulière des défauts oculaires (Stevens). L'hygiène et une nourriture fortifiante préviendront les récidives.

Migraine. — Pour Seguin, partisan des idées de Thomson, Weir Mitchell, Savage et Stevens, l'importance des défauts oculaires est extrême, et c'est ainsi qu'on peut expliquer les bons effets des mydriatiques (cannabis indica, belladone, atropine) qui exercent une action sédative et paralysante sur la troisième paire. Le traitement inter-paroxystique consiste dans le redressement de ces défauts oculaires (verres appropriés, ténotomie), et l'usage continu du chanvre indien ou de la belladone. On se rappellera que les extraits gras de cannabis ne sont pas tous de même valeur, et on prescrira 0 gr. 01 d'extrait seul ou combiné avec l'acide arsénieux (0,001) ou avec le fer, ou la digitale, sous forme de pilules prises trois fois par jour, et en général après les repas. Chaque semaine on augmente de 0,01, jusqu'à ce que les patients éprouvent un léger vertige, de la somnolence traversée par les rêves.

Après entraînement, les hommes adultes peuvent arriver à 0,06, trois fois par jour. Les femmes n'en supportent pas plus de 0,02 ou 0,03. La dose maxima doit être prise, sans interruption, pendant des mois, un an ou même plus.

Au moment des attaques, on suspendra la médication, et on se gardera de donner la morphine ou l'opium, pour éviter les intoxications de l'avenir. On emploiera l'antipyrine, à dose massive, 1 à 1 gr. 50 chez la femme, 1,50 à 2 gr. chez l'homme, en y associant quelques gouttes de teinture de digitale. On pourra aussi employer la caféine, 0 gr. 10, en poudre et tous les quarts d'heure ou toutes les dix minutes, jusqu'à ce que la douleur cesse ou jusqu'à concurrence de cinq doses.

On peut avoir de bons résultats avec de fortes doses d'extrait liquide de paullinia, ou une infusion forte de café noir prise dès la première heure.

Quelquefois le soulagement est obtenu avec une granule de 0,0003 d'aconitine Duquesnel, toutes les heures, jusqu'à ce qu'il survienne un peu d'engourdissement. A signaler aussi les fortes doses de bromure, etc., etc.

DEUXIÈME LEÇON.

Névralgie faciale ou tic douloureux. — L'auteur y arrive, après avoir insisté sur les affections nerveuses dépendant des fatigues oculaires et que nous n'avons pas le loisir de passer en revue. Il préconise l'aconitine, mais à doses qu'on ne saurait certainement ordonner, sans appréhension. Il se sert des granules faites avec l'aconitine Duquesnel et dosées à 0,0003, qu'il administre jusqu'à production d'engourdissement général, de frissons, quelquefois de nausées et même de tendances syncopales. Il donne d'emblée, aux femmes qui sont fort susceptibles à ce médicament, une ou deux granules par jour, aux hommes trois.

Les doses sont élevées lentement chaque jour et avec beaucoup de surveillance, jusqu'à ce que l'engourdissement soit obtenu. Il faut en moyenne dix à douze pilules. Chez une jeune femme de vingt ans, Seguin aurait donné en un jour 0,0045. Il y eut naturellement des phénomènes d'intoxication. La dose maximum obtenue, on continue pendant plusieurs semaines, même après cessation de la douleur.

Il faut aussi administrer le traitement mixte par l'iodure rouge de mercure et l'iodure de potassium, et traiter les zones hyperesthésiques algogènes (vésicatoires, cautère actuel). On ordonnera une nourriture abondante et fortifiante.

Maladie de Basedow. — Seguin recommande l'emploi de l'aconitine et la compression des yeux par un bandage contre l'ophtalmie.

Régime et hygiène des malades nerveux. — Nous sommes, à notre grand regret, obligé d'analyser ici, en quelques lignes, les remarques fort originales de l'auteur.

(A) *Régime alimentaire.* — Les tissus nerveux sont composés de graisse et de phosphates en grande partie. Les nerveux abusent des éléments amylacés, du sucre, ou de l'alcool, responsables en grande partie de l'oxalurie et de la lithœmie, ils ont du dégoût pour l'eau. On fera prendre une assez grande quantité d'eau, au moins un litre, en outre du café noir le matin. Le malade boira donc de préférence un grand verre d'eau minérale indifférente, trois ou quatre heures après chaque repas. On emploiera tous les stratagèmes pour faire absorber des substances grasses (porc, gras de bœuf ou de mouton, beurre, crême, huile de foie de morue). On restreindra beaucoup les féculents et les aliments sucrés. Interdiction des boissons alcooliques, etc.

TROISIÈME LEÇON.

(B) *Du repos.* — Seguin adopte les idées de Weir Mitchell sur l'importance du repos, qui sera, la plupart du temps, partiel.

(C) *Isolement.* — La réclusion donne les effets les plus heureux dans les cas où il y a simulation d'une maladie grave, refus de nourriture, sommeil hystérique.

(D) *Hydrothérapie.* — Il convient, dans le traitement des névroses, de faire une grande place à la réaction produite par l'eau froide, et l'auteur passe en revue, à ce propos, les douches froides, les frictions, les lotions avec l'eau froide (sponge-bath), les bains de pieds froids.

(E) *Exercice.* — Il doit aller jusqu'à une légère fatigue, mais non jusqu'à l'épuisement. Seguin recommande les inspirations profondes, le massage modéré et combiné avec les

applications d'eau froide. Il appelle l'attention sur l'utilité de l'air frais pour les neurasthéniques.

Le dernier chapitre de la troisième leçon traite de l'abus de quelques médicaments et renferme les plus sages conseils. Seguin insiste sur l'alcoolisme féminin, sur le rôle malheureux que joue quelquefois le médecin, souvent aussi responsable de l'intoxication par la morphine. On doit essayer tout avant d'employer la morphine dans les névropathies et surtout chez les femmes. Enfin l'auteur signale les cas de bromisme qu'il a pu observer et qui sont loin d'être rares. Il faut se garder d'ordonner du bromure pour toutes sortes de symptômes nerveux, « l'épilepsie étant la seule maladie dans laquelle on ait le droit de produire délibérément un certain degré de bromisme ».

En terminant cette brève analyse, nous ferons remarquer qu'elle ne peut guère être considérée que comme une table des matières. Elle ne saurait donner une idée des vues originales renfermées dans un livre que le professeur Charcot lui-même a voulu présenter au public médical. J. A.

REVUE DES JOURNAUX

Le traitement de la gale à l'hôpital Saint-Louis. — M. le professeur A. Fournier a consacré une de ses leçons au diagnostic et au traitement de la gale.

Le signe pathognomonique de la gale c'est le *sillon*, et, quand on en trouve un, le diagnostic est fait.

Le traitement de la gale doit être aussi envisagé au point de vue social, car, selon qu'il est *lent* ou *rapide*, il peut exiger ou éviter l'hospitalisation du malade, et cela à la satisfaction des familles et au grand profit de l'Assistance publique.

Si la gale est une des maladies qui démontrent le mieux les variations de la thérapeutique, il n'en est pas moins certain que l'on possède à Saint-Louis une méthode prompte et sûre, d'origine toute française, désignée habituellement sous le nom de la *frotte*.

Celle-ci comporte trois opérations successives que le savant professeur décrit ainsi :

« En premier lieu, le malade se met complètement à nu et se frotte du cou au pied pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi-heure, il se met dans un bain et continue ses frictions; puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfo-carbonée, dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement, on passe les vêtements à l'étuve à 110°, afin de les débarrasser des parasites qui pourraient s'y trouver.

« La théorie du traitement est facile à exposer : les frictions et le bain ouvrent les terriers dans lesquels se tiennent les sarcoptes, la pommade les tue.

« La *frotte* donne des résultats excellents. Sur 12.294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 °/₀ n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils l'ont subie. »

Malheureusement, comme cette méthode est dure et rude, les éminents médecins de Saint-Louis, Bazin, Hardy, Lallier, Vidal, Besnier, se sont successivement ingéniés à la rendre plus rapide, moins douloureuse, tout en la conservant toujours économique, prompte et sûre.

M. Fournier formule ainsi la lotion, dite Bourguignon, qu'il préconise en ville :

Glycérine	200 grammes.
Gomme adragante........	5 —
Fleur de soufre...........	100 —
Sous-carbonate de potasse..	35 —
Essence de menthe	ãã 1 gr. 50
— de lavande.......	
— de cannelle......	
— de girofle	

Dans les hôpitaux de Vienne, on donne la préférence au traitement lent qui exige l'hospitalisation du malade pendant trois à cinq jours pour les hommes et cinq à sept pour les femmes.

La pommade employée est la suivante :

Naphtol B....	15 grammes.
Savon noir ...	50 —
Craie........	10 —
Axonge......	100 —

Tout bien considéré, nous conseillons à nos collègues,

confrères et abonnés, de s'en tenir à la méthode française ! (*J. des connais. méd.*, 10 août 1893.

Recherches sur les microbes du vaccin et en particulier sur le coccus de la vaccine rouge. — M. le docteur Maljean, médecin-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie, vient de publier des recherches très intéressantes sur le coccus du vaccin qui méritent de fixer plus particulièrement l'attention des médecins placés à la tête des instituts vaccinogènes.

Voici les conclusions du travail de M. Maljean :

1° L'éruption vaccinale incomplète, dites papules rouges, contient le plus souvent à l'état de pureté un microcoque spécial ;

2° Ce microcoque existe egalement dans les pustules vaccinales franches de l'homme et de la génisse, soit seul, soit associé à d'autres microbes ;

3° Il se retrouve aussi dans la pulpe vaccinale glycérinée ;

4° Inoculé à la génisse en culture pure, ce microbe produit les lésions classiques de la vaccine et confère l'immunité ;

5° Après un second passage sur la génisse, ce microcoque donne naissance à un vaccin très actif et dépourvu de toute action inflammatoire étrangère à la vaccine. (*Gaz. méd. de Picardie*, août 1893.)

Poudre contre la sueur fétide des pieds. — Kaposi propose de combattre cette affection, d'abord par des lotions avec la solution de napthol à l'alcool et à la glycérine et de plus avec des poudres naphtolées à l'amidon, ou mieux préparées par l'association de divers antiseptiques.

Voici la dernière formule qu'il a préférée :

Talc finement pulvérisé...........	20 grammes
Sous-nitrate de bismuth pulvérisé..	25 —
Permanganate de potasse pulvérisé.	1,50
Salicylate de soude pulvérisé......	1 gramme

M. s. a. avec beaucoup de soin.

L'efficacité de cette poudre résulte de l'association de plusieurs antiseptiques. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 16 août 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

WIMEREUX ET WIMILLE.

Ligne de Paris-Calais. Gare, télégraphe.

Prenons gite au chalet retenu.

Charmante station, ma foi ! Vue d'une immense plage à cinq kilomètres nord de Boulogne.

Laissons à cette ville son casino, son luxe ; recherchons les allures modestes, les conditions du vrai repos ; préférons cette plage de famille, comme les mondains l'appellent en leur dédain narquois.

L'atmosphère marine opère seule en ce milieu choisi.

La réclame locale fait un audacieux emprunt au panégyriste de la mer.

Michelet semble avoir pensé à Wimereux quand il a écrit :
« Nos ports de l'extrême Nord sont une fabrique d'hommes
« qui les fait et les refait. Ce grand souffle et cette grande
« mer dans leur éternel combat servent à ressusciter les
« morts. On y voit réellement des renaissances inattendues.

« Qui n'a pas de lésion grave est remis en un moment.
« Toute la machine humaine joue, bon gré, mal gré forte-
« ment, elle digère, elle respire.

« A Wimereux on peut presque dire qu'on est dans la mer même; sans immersion on y a déjà les bienfaits du bain. »

Les séduisantes promesses ! Vérifions.

Michelet n'était plus, Wimereux pas encore. Cette station balnéaire date de onze ans à peine. Elle doit sa création aux gens du Nord. Les habitants de Lille, de Roubaix composent au début sa principale clientèle.

A la naissance des êtres, des choses, on invoque les bonnes fées. Tel est le rôle prêté à l'éminente tragédienne Agar qui fit construire un des premiers chalets.

Le poète, le voyant, est-il un guide sûr ?

En référant aux assertions générales de Michelet concernant les ports du Nord, la mise est à rectifier pour Wimereux, notre objectif particulier.

Ainsi, pénurie de bateaux, point de port.

Située dans une vaste échancrure des falaises qui s'éten-

dent de Boulogne au cap Gris-Nez, la petite colonie limitée à droite par le ruisseau qui a nom Wimereux est largement ouverte en face de l'Océan.

Les grands vents de la mer balayent toute cette côte, y soulèvent des nuages de sable; la brise serait ici un euphémisme; ses caresses sont celles d'un vent atténué.

Les chalets étagés en groupe semblent une flotille à marée basse, enserrée dans une anse.

Leur toiture très pensive est surmontée de flèches, de pignons d'un effet pittoresque.

Leur structure récente les a munis de tout le confort moderne dans la distribution et l'ameublement.

Ils sont loués pour la saison (juillet, août); en dehors de cette époque consacrée, on s'y intalle à moindres frais. Le service est à la charge des baigneurs; vous devez vous pourvoir de votre personnel domestique; ces embarras consentis, vous jouissez d'un intérieur agréable.

Deux hôtels assez vastes, d'autres plus modestes, offrent asile aux touristes, aux visiteurs qui veulent rester indépendants.

L'air de la plage comme celui des hauts sommets réalise les conditions de l'asepsie.

Il n'en est pas de même des eaux; elles manquent des qualités principales, seraient facilement polluées dans le terrain tout à fait perméable.

N'oubliez pas votre filtre.

Il n'y a jamais eu d'épidémie infectieuse, soit, mais l'affluence progressive des baigneurs pourrait en provoquer. Un tort grave est de déverser les détritus dans des puits perdus non étanches.

Absence de marais salants, d'eaux stagnantes; la santé paraît bonne chez les indigènes, leur taille, leur musculature semblent au-dessus de la moyenne; ils sont actifs, travaillent le ciment, surtout le bois, avec habileté.

A signaler la mendicité *introduite* dans la commune.

Un laboratoire maritime, création personnelle de M. Giard, alors professeur de Faculté à Lille, remonte à 1874.

En l'absence du maître, il fonctionne sous la direction d'un de ses élèves, M. Bonnier.

A côté des recherches purement scientifiques, il aura plus

tard sans doute à remplir l'office de laboratoire municipal : l'hygiène voudra lui réclamer des analyses.

Wimereux n'est encore qu'une annexe de Wimille, commune distante de 2 kilomètres.

La mer, si prodigue en bienfaits pour les malades, constitue une thérapeutique familière aux médecins.

Il n'échappe à personne que les émanations salines naturelles l'emportent sur la *combinazione* savante des iodures, des bromures sodiques faite par les pharmaciens de 1re classe sur les eaux minérales chlorurées de l'intérieur des terres. Pourquoi ? C'est que l'air purifié de tout germe nocif sera toujours le meilleur réformateur des altérations sanguines. Sans changer le milieu constamment infecté où s'étiolent des êtres minés déjà par des tares héréditaires, que peuvent vos prétendus reconstituants ?

En 1852, à l'École pratique, Deville formulait cet aphorisme : « La scrofule a deux causes : la misère et les vices des riches. » Cette pathogénie propagée par sa parole ardente a pu sembler extrême, pourtant les déductions se sont généralisées. N'est-ce point l'origine des *sanatoria* maritimes, médication si répandue de nos jours à laquelle riches et pauvres ont recours ?

Le gros souci social doit être la protection de la race.

La France se dépeuple ; qu'adviendrait-il, si la conservation des nouveau-nés, des jeunes, instinctive aux parents, n'attirait pas la sollicitude des pouvoirs publics ? C'est mérite à nos réformes démocratiques d'avoir, en place de la résignation, rendu l'espérance aux humbles, aux dépourvus, de coopérer à leur relèvement.

A les voir, jambes nues, s'ébaudir sur la plage, se risquer dans l'eau salée, surtout respirer tout le jour cet air vivifiant, que de saines renaissances promettent ces enfants !

Les mères sont ici, ailleurs les autres.

Celles-là viennent aussi demander à l'Océan la rénovation de leurs forces dépensées, épuisées ; mais qu'elles ont donc l'oubli du savoir plaire ! Leur peignoir étriqué, recouvrant un banal informe costume brun, leur bonnet en toile cirée, font vaguement penser à des femmes arabes ; toutefois, qu'il y aurait à modifier pour rappeler les plis élégants, bien drapés d'un burnous !

Le statuaire devrait fort se fouiller le cerveau pour inscrire ces silhouettes dans les belles lignes qu'il rêve.

Plus naturels y sont les hommes ; quand il n'est pas trop obèse, leur galbe ne se profile pas désobligeant.

A se frotter les yeux fréquemment injectés de sable, on s'étonne de ne pas voir d'ophtalmie endémique comme en Toscane ; serait-ce que ces grandes lessives par la mer jouissent de l'immunité et stérilisent l'inflammation des muqueuses oculaires ? D'autres observations ne sont pas à improviser, mœurs, costumes, elles comportent une étude plus poursuivie.

C'est en août que la saison bat son plein. Les vacances amènent tous les essoufflés de la scolarité en compagnie de leurs parents. Les bambins des deux sexes qui précèdent en juillet sont-ils assez amusants en leurs gracieux ébats !

Entre les nombreuses excursions conseillées par le guide, bornons-nous à celle du cap Gris-Nez.

A visiter le phare, la plus intéressante, la mieux outillée des vigies de nos côtes.

En raison de sa position stratégique, face aux rives d'Angleterre, le génie militaire en a la direction.

Naguère deux feux rapprochés faisaient confusion avec d'autres ; on leur a substitué un appareil bien perfectionné. Les projections sont en vue de très loin.

Quatre lampes électriques reflètent leurs rayons éblouissants au travers de prismes dont l'un est coloré.

Trois feux blancs successifs alternent avec un quatrième rouge. A l'horizon, dès huit heures et demie du soir, tourne la sentinelle du détroit.

Avant de pénétrer, nous avions vu tout près, dans une anse à droite, les épaves d'un steamer, puis à gauche, sous l'œil même du phare, émergeait la cheminée d'un paquebot échoué il y a trois mois.

— Combien occasionnez-vous de naufrage, demandions-nous au gardien montreur ?

Lui, étonné : — Mais c'est par la brume que ce bateau s'est perdu. En serait-il des vaisseaux comme des papillons fascinés à la lampe ? Trop forte est votre attirance et vous y joignez une sirène, la plus perfide des enjoleuses.

N'importe, tout est soigné, parfait.

Deux machines à vapeur actionnent séparément deux puissants systèmes d'aimants.

Tout est prévu ; il faut une heure pour allumer les chaudières, eh bien, par un brusque brouillard, l'air comprimé en tension dans d'énormes cylindres remplace la vapeur.

Mentionnons les porte-voix, les téléphones, les manomètres correspondant entre eux.

A proximité, dépendant de la marine, un sémaphore signale aux agences interessées les navires en passage ; il fait aussi le service de la télégraphie privée.

Le phare du cap Gris-Nez provoque vraiment l'admiration. Dans tout le parcours de ces falaises vous ressentez le charme mystérieux de l'Océan.

Son aspect varie sans cesse au jeu magique de la lumière.

Dimanche. Il pleut ; la mer sombre est vide et nue ; point de bateaux-pêcheurs à l'horizon.

Seul le paquebot au service obligatoire passe obscur dans la brume, venant de la ligne anglaise à Boulogne.

Dans l'étendue profonde, pas de vagues aux frises blanchissantes, tout est calme apparent, mais la vie est latente, sommeille, l'Océan respire.

De la plage on voit se soulever comme une poitrine immense.

L'expiration du flux, seize fois par minute, en ressauts rythmés, sonores, rejette son écume.

Ces grands soupirs monotones bercent nos rêves et notre mélancolie se plaît à flotter sur l'espace.

S'il fallait conclure après ces notes à vol d'oiseau, nous dirions : Wimereux, station balnéaire encore nouvelle, vous invite et vous offre installation confortable, propre ; serviables sont les habitants ; le voisinage de Boulogne est une ressource pour agrémenter votre vie paisible.

La plage, très belle, fait la sécurité des familles et la joie des enfants,

Zénon Pupier.

25 juillet 1893.

VARIÉTÉS

— Correspondance —

A M. le docteur Pasquino (J. Albert).

Très honoré confrère et compatriote,

Je connais très bien la campagne entreprise en 1878 pour la suppression du majorat dans les hôpitaux de Lyon ; et si cette réforme s'accomplit, je sais aussi que c'est aux efforts de mes devanciers, plus qu'aux miens peut-être, que le succès sera dû. Mais c'est précisément parce que je crois à ce succès prochain, que j'ai (vil opportuniste que je suis) remis la question sur le tapis.

Il faut toujours s'y reprendre à plusieurs fois, et après des moments d'accalmie apparents, pour démolir une vieille coutume ; il faut secouer l'arbre à l'automne, après l'avoir vainement essayé au printemps, pour que la poire en tombe, et elle tombe alors parce qu'elle est mûre. Or, je la crois en pleine maturité actuellement.

A cette assertion, il y a une foule de preuves ; je vous en signalerai seulement deux principales :

1° En 1878, il s'est trouvé bien vite des avocats brillants et ardents quand on a osé toucher au majorat. Aujourd'hui personne n'élève la voix en sa faveur, personne n'a relevé l'attaque, c'est que tous considèrent la cause perdue.

2° En 1878, l'Administration, tout entière hostile à la réforme proposée, a eu bien vite « étouffé l'affaire ». Aujourd'hui ses hommes et ses mœurs ont changé : elle cherche la lumière, elle veut le progrès. Et voilà pourquoi son chef m'a fait l'honneur, après la publication de mon bulletin, de m'appeler auprès de lui, et de me dire en substance : « Je suis tout préparé à de grosses réformes hospitalières, indispensables dans les services chirurgicaux, et suis heureux de voir agiter de nouveau ces importantes questions, car je n'attends plus que le sens dans lequel on devra diriger la réforme. »

Voilà, mon cher confrère, de quoi nous réjouir tous, et tout le corps médical avec nous. Seulement, si la suppression du majorat est absolument acceptée en principe, il convient de discuter sérieusement la nature exacte de la nouvelle organisation qui va le remplacer. Et je puis dire que l'Administration serait enchantée de voir surgir un débat où chacun proposerait sa combinaison et d'où certainement sortirait une bonne réorganisation définitive.

Croyez donc, cher confrère, qu'il n'est pas inutile de rentrer en lice comme vous le dites ; si la voix a été vite couverte jadis, elle sera entendue sûrement aujourd'hui. Regardez plutôt notre infatigable maître Diday, dont la verte vieillesse vient de nous fournir encore un appui précieux !

Agréez, etc., etc.

V. Rochet.

École supérieure de pharmacie. — Par arrêté ministériel, des concours s'ouvriront à Paris en 1894 pour sept places d'agrégés dans les Écoles supérieures de pharmacie, à répartir entre les Écoles de Paris, Montpellier et Nancy.

Le Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu l'arrêté, en date du 5 août 1893, portant qu'il sera ouvert à Paris, le 15 février 1894, un concours pour quatre places d'agrégés des Écoles supérieures de pharmacie (section de physique, chimie et toxicologie) ;

Vu les articles 56 et 73 du statut du 16 novembre 1874,

Arrête ainsi qu'il suit les sujets de thèses que ces candidats pourront traiter à leur choix :

1. La dissociation ;
2. La dissolution ;
3. Composés endothermiques et exothermiques ;
4. États allotropiques des corps simples ;
5. Le plomb et ses composés ;
6. Méthodes nouvelles de production des métaux ;
7. Méthode de détermination des poids moléculaires ;
8. Essai sur l'analyse qualitative des substances organiques ;
9. Alcools aldéhydes et alcools acétones ;
10. Les composés pyridiques et hydro-pyridiques ;
11. Les principes albuminoïdes ;
12. Toxicologie des empoisonnements par les gaz.

Statistique vitale de Lyon pendant le mois de juin 1893
(Population : 438,077 habitants.)

Mariages ...	300 (avec contrat, 105 ; sans contrat, 195) ; divorces, 12.
Naissances..	693 (m. 360 ; f. 333) ; — mort-nés, 55.
Décès.......	883 (m. 464, f. 429).

Sur ces 883 décès il y en a eu 102 par maladies infectieuses ainsi répartis : fièvre typhoïde 9, rougeole 31, scarlatine 6, variole 0, érysipèle 9, diphtérie-croup 37, coqueluche 2, infection puerpérale 5, choléra nostras, 3.

Mensuration anthropométrique. — La méthode d'identification anthropométrique de M. Bertillon va probablement être adoptée en Angleterre Le conseil de l'Association britannique pour l'avancement des sciences vient d'appeler spécialement l'attention du gouvernement anglais sur cette méthode et son application au département criminel du ministère de l'intérieur, aux bureaux de recrutement de l'armée et de la marine et à l'administration coloniale. Francis Gallon, l'inventeur de la photographie composite, préconise, comme addition à l'identification anthropométrique, l'empreinte de la pulpe des doigts des mains, qui lui paraît être d'un réel secours.

Température du tube digestif. — Un détenu, dont on prenait la température, ayant avalé une thermomètre à *maxima*, le rendit neuf jours plus tard par l'anus. Le thermomètre indiquait 38°,7, mais, vérification faite du zéro, la température indiquée n'était réellement que de 38°,1. Comme la température axillaire avait été prise pendant tout le temps et

qu'elle marquait 37°,2, on voit, dit M. Toubin, qui rapporte cette observation, que l'écart était de 9 dixièmes de degré.

Bactériologie des eaux minérales de Vichy. — De nombreuses analyses faites par M. Roman et Colin, il ressort que tous les microbes trouvés dans les eaux minérales de Vichy, soit à leur émergence, soit dans les vasques où elle est recueillie par la buvette, soit à l'embouteillage, proviennent de l'air ambiant. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les eaux qui sont contaminées avant leur émergence par les eaux du sous-sol ou d'un cours d'eau voisin, comme cela a lieu pour les « sources des Célestins ». Pour eux, la pureté microbienne des eaux est une condition eseentielle. Les eaux chaudes bues à la source sont les mieux tolérées; les eaux froides sont les meilleures pour être embouteillées, car les bactéries s'y développent moins abondamment que dans les eaux chaudes. (*Bull. de l'Acad. de médecine.*)

Hospices civils de Marseille ; concours. — Le 20 novembre 1893, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille.

A partir du 1er janvier 1894, le chirurgien-adjoint nommé sera attaché à un service de chirurgie et sera appelé, en cas de vacances, à remplir les fonctions de chirurgien, chef de service.

Les ordures de Londres. — Une enquête récente estime à 260 tonnes pour 1000 habitants la quantité d'ordures recueillie dans cette ville en une année.

Depuis 1876, on se sert en Angleterre d'appareils nouveaux destinés à détruire par le feu les ordures des grandes villes. L'emploi de ces appareils n'est pas encore généralisé à Londres; mais dans les quartiers où on les utilise l'enquête démontre que les plaintes sur les mauvaises odeurs répandues dans l'air ont cessé.

Des appareils de ce genre ne seraient pas à dédaigner à Paris où, par certains soirs d'été, « l'haleine parfumée des nuits » donne la nausée.

La plus ancienne prescription du monde. — Parmi les papyrus déchiffrés par M. le prof. Macalisher, de Cambridge, se trouve une prescription d'une « Eau capillaire » destinée à faire repousser les cheveux de la mère du roi de Chata, deuxième roi de la première dynastie égyptienne, lequel régna environ 4,000 ans avant Jésus-Christ. La voici :

Bourrelets de pieds de chien	1
Dattes...........................	1
Sabots d'âne	1

Faire bouillir le tout dans l'huile.

Manière de s'en servir : frotter énergiquement le cuir chevelu.

L'odyssée d'un tuberculeux a Paris. — A l'occasion de la création d'un hôpital de 100 lits pour le traitement des phtisiques, la *Médecine moderne* rappelle ce passage où M. Grancher décrit si exactement « l'odyssée d'un tuberculeux à Paris ».

« Il y a dans Paris des miliers de ces malheureux qui viennent réclamer notre assistance, et leur histoire est toujours la même, à quelques détails

près. Aux premières atteintes du mal, ils se soignent chez eux et épuisent rapidement les quelques ressources accumulées pendant plusieurs années de travail et d'économie. Souvent même, ils s'endettent ; puis, le crédit usé, ils viennent demander leur admission à l'hôpital. On les y soigne, ou plutôt on leur permet de s'y reposer pendant quelques semaines, après quoi, on est forcé de les renvoyer pour donner leur place à de nouveaux solliciteurs. Ils reprennent leur travail, mais ne peuvent plus gagner leur vie comme autrefois ; la fatigue et l'inanition aggravent bien vite leur mal et les obligent à un nouveau séjour à l'hôpital. Cela se répète plusieurs fois, et les visites qu'ils nous rendent se rapprochent de plus en plus. Mais souvent il n'y a plus de places vacantes dans nos salles, et les malades sont dirigés sur le bureau central ; là aussi les lits disponibles sont distribués aux fiévreux et les phtisiques sont renvoyés au lendemain. Huit ou dix jours de suite, ils reprennent leurs tentatives infructueuses, soit au bureau central, soit dans les hôpitaux. Pendant ce temps, ils ne travaillent pas, et en conséquence ne mangent pas ; la maladie fait des progrès rapides. Enfin, ils sont reçus à l'hôpital et ils y meurent... à moins qu'ils ne soient morts en chemin. »

Poètes et charlatans. — Dans une spirituelle chronique que publie dans le *Bulletin médical des Vosges* M. le docteur de Fournier sur le *Docteur Pascal*, le nouvel ouvrage de Zola, il rappelle l'anecdote suivante, contée autrefois par Trousseau dans ses *Conférences sur l'empirisme* (25 mars 1862) :

« Béranger, atteint d'ophtalmie légère, se fit soigner par Bretonneau. Il guérit.

« Mais Béranger lisait et écrivait beaucoup, de plus il était un peu dartreux ; le mal revint, et l'homme d'esprit s'adressa à un charlatan, prêtre polonais, qui avait pour les yeux un remède secret.

« Cet empirique, chicané par le parquet pour exercice illégal de la médecine, voulut obtenir le titre d'officier de santé et se fit recommander à Trousseau par Béranger.

« Cette année-là, Trousseau était président du jury chargé d'examiner les postulants au titre d'officier de santé.

« Il interrogea le prêtre polonais sur l'œil.... Ce malheureux ne savait ce qu'étaient la cornée, l'iris, le cristallin, la rétine.... Bref, il voulait exercer l'art de l'oculistique sans avoir la moindre notion de l'anatomie de l'œil !

« Trousseau s'en alla conter le fait à l'illustre chansonnier, son vieil ami. Béranger s'écria : « Mais ce pauvre homme ! » — « Mon cher Béranger, lui dit Trousseau, je suis votre médecin depuis huit ans ; je vais vous demander des honoraires aujourd'hui. — Et quels honoraires ? — Vous allez me faire une chanson que vous me dédierez ; mais c'est moi qui donne le refrain.... — Oui dà ! et ce refrain ? — « Ah ! que les gens d'esprit sont bêtes ! » — N'est-il pas triste, ajoutait le célèbre médecin, de voir un homme comme Béranger ne pas comprendre que son protégé pouvait faire beaucoup de mal, et était incapable de faire quoi que ce soit d'utile dans les maladies les plus simples de l'œil ! »

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Août.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	evap	
20	749	0 m	745	6 s	+34.8	1 s	+13.2	5 m	60	29	0.0	7.7	34
21	747	12 s	744	5 s	+33.9	1 s	+15.7	5 m	45	29	0.0	6.6	30
22	749	12 s	747	3 s	+35.0	2 s	+18.8	6 m	72	40	0.0	7.9	29
23	749	10 m	747	2 s	+35.5	2 s	+16.9	5 m	73	36	0.0	5.3	27
24	752	8 m	748	0 m	+28.9	3 s	+17.5	5 m	64	51	0.1	4.1	28
25	753	11 m	751	7 s	+25.7	2 s	+16.3	5 m	60	39	0.0	3.8	18
26	751	0 m	747	7 s	+24.8	2 s	+14.9	6 m	54	33	0.0	5.6	24

MALADIES RÉGNANTES. — La température sénégalienne qui a marqué la dernière quinzaine n'a pas tardé à produire ses effets habituels sur la santé publique.

Le chiffre des décès, de 164 s'est élevé pendant la 34[e] semaine à 190, mort-nés exclus ; il était de 162 pour la période correspondante de 1892.

Plus encore que la semaine précédente, ce sont les phymiques, les cardiopathiques et les cachectiques qui augmentent le contingent mortuaire.

Chez les jeunes enfants l'on continue à observer en assez forte proportion des entérites et des diarrhées cholériformes. Des entérites graves ont été également observées chez des adultes.

Congestion et apoplexie cérébrales assez fréquentes. Un certain nombre de morts subites attribuées sans raison suffisante à une hémorrhagie cérébrale foudroyante, — affection extrêmement rare.

Les maladies aiguës des bronches et des poumons existent en faible proportion.

Les maladies infectieuses continuent à être rares : rougeole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, coqueluche, fournissent ensemble 12 décès.

Sur les 190 décès hebdomadaires (128 en ville, 62 dans les hôpitaux civils), 32 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 27 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 26 août 1893, on a constaté 190 décès :

Fièvre typhoïde....	3	Catarrhe pulmonaire	3	Affections du cœur.	17
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	4	— des reins....	6
Rougeole..........	3	Pneumonie........	6	— cancéreuses.	11
Scarlatine..	2	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	12
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	22	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	2	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	5
Coqueluche........	2	Méningite aiguë ...	5	Aut. causes de décès	32
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	22		
Dysenterie........	1	Diarrhée infantile..	18	Naissances.......	151
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	5	Mort-nés........	9
Bronchite aiguë...	2	Cirrhose du foie....	1	Décès...........	190

Le Président du Comité de rédaction, *Le Gérant,*

H. MOLLIÈRE. **J. ICARD.**

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU REIN.

OBSERVATION INÉDITE DE KYSTE HYDATIQUE GUÉRI PAR LA NÉPHROTOMIE LOMBAIRE.

Par Maurice POLLOSSON,
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il existe dans la littérature médicale française deux excellents travaux d'ensemble sur les kystes hydatiques du rein. Le premier est la thèse de Béraud qui date de 1861 (1). On y trouve des renseignements très complets relatifs à l'anatomie pathologique et à l'évolution clinique. Mais ce qui est relatif au traitement est forcément incomplet. Ce n'est, en effet, que depuis la période antiseptique qu'on a pu aborder les opérations aujourd'hui conseillées.

Le second travail, auquel nous avons fait allusion, est de Jules Bœckel; il a paru en 1887 dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (2). Il est consacré au traitement opératoire. Il rappelle les faits de Péan, le fait et la leçon de Bouilly; il résume les travaux et les observations publiées en Allemagne. De plus, il renferme une observation personnelle à l'auteur, remarquable en ce que c'est le premier fait où la néphrectomie, pratiquée pour kyste hydatique du rein, ait été suivie de guérison. Aussi l'auteur conseille-t-il la néphrectomie de préférence à la néphrotomie dans certaines conditions qu'il précise.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un kyste hydatique du rein. Nous l'avons traité par la méthode qui porte les noms de kystotomie, de néphrotomie. Elle consiste à l'incision de la poche kystique; et, comme cette intervention comporte l'incision du parenchyme rénal plus ou moins modifié, au moins celle de la capsule propre, on peut lui accorder le nom de néphrotomie.

Je rapporterai l'observation : je la ferai suivre de quelques

(1) Béraud : Des hydatides des reins. Thèse de Paris, 1861.

(2) Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical, par Jules Bœckel. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1887, n°s 5, 6, 7, 8 et 9.

réflexions sur le diagnostic, les particularités relatives à l'évolution clinique et le traitement.

Observation. — M.-E. R..., 40 ans, cultivatrice, née à Saint-Paul (Basses-Alpes), entrée le 19 novembre 1892, service du docteur Maurice Pollosson (observation recueillie par M. Levrat, interne du service).

La malade appartient à une famille de cultivateurs aisés. Elle a constaté souvent la présence de tænias dans les intestins de ses moutons et de ses poules, elle n'en a jamais remarqué chez ses chiens; elle n'avait pas l'habitude de leur donner ses assiettes à lécher. Dans la localité qu'elle habite plusieurs personnes sont atteintes du ver solitaire; son mari et une de ses filles ont été pendant plusieurs années porteurs de tænias. Personne à sa connaissance n'a eu de kystes analogues au sien.

Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1880, où elle eu la fièvre typhoïde. Dans le courant de cette maladie, elle constata et fit constater par son médecin une petite tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, tumeur qui augmenta pendant une grossesse très pénible, avec vomissements incoercibles, persista après l'accouchement et disparut en 1883. On avait pensé à un kyste de l'ovaire.

En 1886, elle eut pendant dix mois des digestions très pénibles avec coliques et diarrhée : pas de vomissements, pas de jaunisse. Elle fut traitée par le régime lacté et l'eau de Vichy.

En 1888, peu après un avortement, elle remarqua sous ses fausses côtes gauches une petite tumeur non douloureuse, donnant une sensation de pesanteur seulement pendant les marches rapides ou sous l'influence du trot du cheval.

En avril 1891, elle éprouva assez brusquement des symptômes morbides rapportés à la grippe alors régnante. A ce moment sa tumeur augmenta et commença à faire saillie dans la région lombaire.

En juillet 1891, elle ressentit de temps en temps des douleurs dans l'hypochondre droit; elle eut la jaunisse. Son médecin diagnostiqua des coliques hépatiques et l'envoya à Vichy, où elle resta peu de temps. A Vichy, la tumeur augmenta et les médecins lui conseillèrent une opération.

A son retour, la tumeur diminua de volume. Deux mois après, elle augmenta de nouveau, devint le siège de vives douleurs : la santé s'altéra. Il y avait de la fièvre, des alternatives de diarrhée et de constipation, mais pas de symptômes urinaires. En février 1892, elle vint à l'Hôtel-Dieu et entra dans le service de M. le docteur Maurice Pollosson.

A ce moment, elle présentait tous les signes d'un abcès périnéphretique pret à s'ouvrir dans le triangle de J.-L. Petit. M. Pollosson l'ouvrit après anesthésie: il en sortit un pus franchement phlegmoneux. Par le toucher on sentit après évacuation un rein du volume de deux poings. M. Pollosson ne crut pas devoir y toucher en présence d'un foyer de phlegmon. Le soulagement fut immédiat : au bout de 12 jours, la malade avait repris la santé et quitta l'hôpital. M. Pollosson avait diagnostiqué à ce moment une hydronéphose, écrit à ce sujet au médecin traitant, et n'avait pas cru devoir proposer une opération en présence du rétablissement parfait de la santé.

L'état resta bon jusqu'au mois d'août ; à ce moment la cicatrice lombaire devint fistuleuse et il sortit une membrane de vésicule hydatide. Puis la malade s'alita, souffrant de vives douleurs lombaires. Alors survinrent des symptômes urinaires, les mictions devinrent fréquentes, douloureuses, les urines peu abondantes. Les urines furent d'abord couleur marc de café, puis franchement sanguinolentes et enfin filantes comme de la colle. Peu après le début de ces troubles, la malade a eu des nausées, des vomissements, de la diarrhée et un œdème généralisé qui disparut au bout de huit jours, sauf aux paupières où il persista plus longtemps. La disparition des phénomènes aigus a été immédiatement précédée de l'issue subite par la plaie, à l'occasion d'efforts de vomissements, de pus et d'hydatides de volume variable.

A partir de cette époque, septembre 1892, la fistule a donné passage à du pus et tous les quatre ou cinq jours à des hydatides. Les urines sont devenues peu à peu moins épaisses, moins filantes et les mictions ont perdu leur fréquence. Les forces se sont un peu relevées et la malade a pu faire le voyage de Lyon.

Elle entre dans le service le 19 novembre 1892.

A l'examen de l'abdomen, on trouve dans le flanc gauche

une tumeur du volume de deux poings, appréciable, et par la paroi abdominale antérieure et dans la fosse lombaire : elle est dure, rénitente; on n'y trouve pas de fluctuation. Au devant d'elle il existe une zone de sonorité.

Du pus s'écoule par la fistule lombaire; à plusieurs reprises, de l'entrée au jour de l'opération, il en sort des hydatides.

Les urines sont troubles et donnent un dépôt purulent. Les mictions sont au nombre de six pendant la journée et de quatre pendant la nuit.

La malade est très faible, très amaigrie ; on la soumet au régime lacté. On n'intervient pas immédiatement pour lui permettre de prendre des forces ; son état général s'étant déjà amélioré dans les derniers jours.

Analyse des urines émises du 5 au 6.

Quantité	2,400
Réaction	acide
Densité	1012
Glucose	0
Urée par litre	17,60
Albumine	0,50

Au microscope, leucocytes, cellules épithéliales, pas de crochets.

Le 9 décembre. Opération : anesthésie à l'éther.

Incision verticale de 8 centimètres passant par la fistule et répondant à peu près au bord externe de la masse sacro-lombaire, de l'extrémité inférieure de la précédente par une deuxième incision horizontale de 7 centimètres, à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. On pénètre dans la fosse lombaire à travers des parties indurées, en état de phlegmon chronique.

Dans le sens des incisions, on ouvre largement une poche d'où s'échappe une grande quantité de vésicules hydatides. On constate après évacuation l'existence d'une cavité spacieuse limitée par une poche indurée et calcifiée sur certains points; cette poche, dont on peut disséquer certaines portions au voisinage de l'incision, est constituée par une membrane épaisse de 3 à 4 millimètres, d'aspect fibreux. A la rigueur on aurait pu pousser plus loin la décortication ; on se borne

à enlever quelques morceaux pour l'examen. On cherche par le palper bi-manuel, un doigt dans la poche, l'autre main sur la paroi abdominale, à reconnaître la présence d'un rein ou d'une portion du rein; on ne constate aucune masse permettant d'affirmer qu'il reste une partie notable de l'organe. On ne trouve rien qui donne l'impression du bassinet; on ne trouve pas trace d'un orifice sur les parois de la poche.

La poche est détergée avec des tampons antiseptiques, lavée et bourrée de gaze iodoformée après introduction de deux gros drains. Quelques points de suture diminuent l'étendue des incisions.

10 décembre. La température, de 37°,5 le soir de l'opération, s'élève le lendemain à 39°,4 le matin et 39°,6, le soir. Cependant la malade ne souffre pas et a un bon facies.

11 décembre. Temp. le matin 38°,4, le soir 39°,4. Pas de douleur. Bouillon et lait.

Urines troubles, teintées en rouge. Quantité 800 grammes dans les 24 heures qui ont suivi l'opération. Urine: 1,400 gr.

12 décembre. T. le matin, 38°,5. Le pansement étant souillé, on le refait. Le soir, la température tombe à 37°,9. Urines: 1,900 gr., même aspect trouble et rougeâtre.

A partir de ce jour la température redevient normale. Vers le 16 octobre, les urines perdirent leur aspect sanguinolent et depuis furent de 1,500 gr. environ par jour. On renouvela le pansement deux fois par semaine. Les forces se rétablirent de jour en jour, et vers le 10 janvier la malade se levait. La cavité s'est comblée progressivement.

Examen des urines le 21 janvier 1893.

Volume	2,100
Couleur	jaune paille.
Réaction	acide.
Densité	1016
Urée par litre	9,40
Phosphates	0,98
Sucre	néant.
Albumine	0,65.
Leucocytes	nombreux.
Cellules	épithéliales.

La malade sort le 4 janvier 1893, avec un état général

excellent. Elle conserve à la région lombaire une fistule qui paraît devoir se fermer promptement, car la cavité a progressivement diminué et actuellement il reste un simple trajet n'aboutissant pas à une poche.

Nous avons eu depuis cette époque des nouvelles de notre malade : actuellement sa fistule est fermée et son état général est satisfaisant. Toutefois elle conserve quelques douleurs dans la région rénale et de temps en temps des symptômes légers de cystite.

Les kystes hydatiques du rein sont d'une extrême rareté ; beaucoup de chirurgiens, même parmi ceux qui font de nombreuses laparatomies, n'en ont jamais rencontré.

Leur diagnostic est d'une grande difficulté. Leurs symptômes sont généralement obscurs et même, lorsque la tumeur est devenue évidente, sa nature est méconnue. On les a confondus avec presque toutes les tumeurs kystiques et même solides de la cavité abdominale autres que des tumeurs rénales. Quelquefois on a reconnu le point de départ rénal de la tumeur, mais on n'a pas pensé ou conclu au kyste hydatique.

Quelquefois on a porté le diagnostic de kyste hydatique, mais on lui a attribué un autre siège que le rein.

L'ouverture du kyste dans le bassinet, les phénomènes de douleur, de cystite et d'altération des urines, avec évacuation par l'urèthre de vésicules sont les circonstances qui ont le plus souvent éclairé le diagnostic.

L'examen du liquide kystique extrait par ponction a fait parfois reconnaître la nature parasitaire du mal, mais on n'a pas toujours précisé le point de départ rénal.

Dans un cas, Péan porta le diagnostic de kyste hydatide du rein en se fondant sur la profession du malade qui était garçon boucher : la tumeur avait été reconnue rénale à sa situation et à sa proéminence dans la région lombaire.

Notre malade a été vue par nous à deux périodes. A un premier examen, elle se présentait avec un abcès de la fosse lombaire et une tumeur rénale. L'abcès périnéphrétique était évident ; quant à la tumeur rénale, nous l'avions considérée comme hydronéphrose, probablement d'origine calculeuse. Nous avions donc reconnu l'existence d'une tumeur kystique rénale à évolution relativement bénigne, sans penser

au kyste hydatique. L'existence de crises douloureuses antérieures avait fait admettre la possibilité d'une obstruction par calculs. L'intégrité relative de la santé, avant la complication actuelle, l'absence de pus dans l'urine avait fait rejeter l'idée d'une pyonéphrose.

L'apparition d'une périnéphrite suppurée dans l'évolution d'un kyste hydatique du rein est facile à expliquer, mais elle n'a, je crois, jamais été observée ou du moins indiquée. A cette époque, nous ne constatâmes pas de vésicules hydatides dans le pus de l'abcès.

Au deuxième examen, le diagnostic était évident. L'existence d'un kyste hydatique était démontrée par l'issue de nombreuses hydatides par la fistule lombaire. Son siège dans le rein était indiqué non seulement par la constatation directe d'une tumeur rénale, mais encore par les évacuations de sang et d'une matière filante comme de la colle avec les urines.

En présence de l'état général grave de la malade, il eût été peu sage d'abandonner l'affection aux seules ressources de la nature. Il était à craindre que la suppuration prolongée n'amenât à brève échéance des accidents mortels. A supposer que la santé se fût améliorée, la malade serait restée exposée à des récidives graves. L'histoire de l'affection nous apprend du reste que la mort est la terminaison la plus fréquente des kystes hydatiques non traités. Il était donc indiqué d'intervenir chirurgicalement chez notre malade.

Deux opérations sont actuellement en présence dans le traitement des kystes hydatiques du rein : la néphrotomie et la néphrectomie. L'une et l'autre ont été rarement pratiquées, soit à cause de la rareté des cas, soit parce qu'avant la période antiseptique les malades n'étaient pas traités ou l'étaient par des méthodes aujourd'hui justement abandonnées.

La néphrectomie a donné des résultats peu satisfaisants : trois morts avant un cas de guérison obtenu par Jules Bœckel qui en a fait la base du travail que nous avons cité. Nous connaissons un autre cas heureux qui n'a pas été publié : il s'agit d'une jeune fille opérée par notre collègue le docteur Chandelux, qui, pratiquant une laparotomie pour une tumeur kystique de l'abdomen, trouva un kyste hydatique du rein et fit la néphrectomie par voie abdominale. Ainsi trois morts

et deux guérisons. Il ne faudrait pas juger la néphrectomie d'après ces chiffres.

Elle a, croyons-nous, ses indications. Rappelons en sa faveur que l'unilatéralité des kystes hydatiques du rein est presque la règle. Nous ne nous attacherons pas à démontrer que la néphrectomie est mauvaise, mais que la néphrotomie est bonne.

Cette dernière conclusion ressort évidemment des faits déjà publiés et de celui que nous publions aujourd'hui.

Dans son travail, Bœckel rapporte neuf cas de kystes traités par la néphrotomie avec neuf guérisons. Dans son *Traité des affections des reins*, M. Le Dentu cite une nouvelle observation, également suivie de guérison. Si nous y ajoutons la nôtre, nous avons un total de 11 cas avec 11 guérisons. L'incision a été pratiquée en des régions différentes suivant le maximum de saillie de la tumeur ou la découverte d'un kyste hydatique après laparotomie exploratrice. Six fois on a incisé la paroi abdominale antérieure. Dans cinq cas il n'y avait pas d'adhérences ou seulement des adhérences partielles, les opérateurs fixèrent immédiatement le kyste à la paroi et en firent l'évacuation. Dans quelques observations, il est dit qu'on fit l'excision d'une partie de la poche kystique. Dans l'observation de M. Le Dentu, il existait des adhérences entre le kyste, les anses intestinales voisines et le péritoine pariétal, et l'opération se borna à l'ouverture du kyste après décollement des adhérences sans ouverture du péritoine.

Deux fois on fit la néphrotomie latérale à cause du maximum de saillie de la tumeur en ce point. Le péritoine ne fut pas intéressé. La paroi kystique, excisée partiellement dans un cas, fut fixée à la peau.

Trois fois on pratiqua la néphrotomie lombaire; la paroi du kyste fut on non fixée à la peau. Dans notre cas, vu les adhérences de la poche aux parties voisines, adhérences consécutives au phlegmon périnéphrétique, la paroi n'étant pas mobilisable, nous ne cherchâmes pas à la fixer aux bords de l'ouverture. Un point intéressant est la durée du traitement; le bourgeonnement de la poche et sa fermeture exige plusieurs semaines et même plusieurs mois. Il persiste parfois des

fistules purulentes de longue durée. Mais en somme la guérison est la règle.

Dans un cas de Péan, il s'établit une fistule urinaire qui guérit. La rareté des fistules urinaires à la suite de ces kystotomies est un fait intéressant. Elle est en faveur de l'incision simple comparée à la néphrectomie.

Les observations ne signalent pas de récidive. Dans notre cas, il persiste des signes de néphrite; mais il est à noter que dans le cours de l'affection la malade a eu des symptômes de néphrite grave avec anasarque généralisée.

Il ressort de ces faits que la néphrotomie ne présente pas les inconvénients qu'on pourrait théoriquement lui attribuer, fistule urinaire persistante, guérison incomplète. La guérison est quelquefois longue à obtenir; mais cet inconvénient est certainement compensé par l'innocuité de l'intervention et ne justifierait pas la néphrectomie totale sous prétexte que cette dernière opération donne une précision très rapide et assure contre les récidives.

Est-ce à dire que la néphrectomie doit être systématiquement rejetée ? Nous ne le croyons pas.

On ne pensera certainement pas à la néphrectomie dans le cas de tumeur très adhérente; ce serait aller au devant des difficultés et exposer la vie du sujet.

La question se posera surtout lorsque, dans le cours d'une laparotomie, on rencontrera un kyste hydatique du rein dépourvu d'adhérences. La tentation sera grande de faire l'opération radicale, l'opération qui donne la guérison la plus rapide, l'opération qui correspond le mieux aux tendances de la chirurgie contemporaine. Dans les cas de cette catégorie, Péan conseille cependant d'avoir recours de préférence à la fixation de la poche et à la kystotomie.

Jules Bœckel, dont le travail est un plaidoyer plein de réserves en faveur de la néphrectomie, conseille cette opération dans les cas où, après laparotomie, on trouve un kyste peu ou point adhérent et le *rein profondément altéré*. On ne peut que s'associer à cette conclusion, tout en reconnaissant qu'il ne doit pas être toujours facile de reconnaître le degré d'altération du rein. Aussi reste-t-il quelque obscurité sur l'opportunité de l'opération radicale dans tel ou tel cas.

Quant aux kystes faisant saillie dans les régions lombaire

ou latérale, il conseille de les traiter par l'incision, quitte à pratiquer ultérieurement la néphrectomie, si la guérison n'était pas obtenue.

CONCLUSIONS.

1° Le cas de kyste hydatique du rein, que nous avons observé, est remarquable par la complication de phlegmon périnéphrétique et de fistule lombaire ayant donné issue à des vésicules hydatides, circonstance qui a établi le diagnostic.

2° Le résultat du traitement est en faveur de l'opinion que la kystotomie suffit à obtenir la guérison de ces kystes et constitue une bonne intervention.

3° La *néphrectomie* paraît avoir pour indications : tumeur devant être abordée par la voie péritonéale, tumeur mobile, constatation d'une altération profonde du rein.

L'ALIMENTATION QUI PROCURE LE PLUS DE CHALEUR ET LE PLUS DE FORCE MUSCULAIRE, INTELLECTUELLE ET MORALE ;

Par le docteur GALLAVARDIN.

I

Dans son traité *de l'Ame* (liv. II, chap. v, § 4), Aristote se moque spirituellement des savants, qui, possédant beaucoup de connaissances, se bornent à la béate contemplation de ces connaissances : il les appelle des *savants en puissance*. Il a, au contraire, une grande considération pour les savants qui, possédant ces mêmes connaissances, s'efforcent de les appliquer. Il les appelle des *savants en réalité*. Ils jugent, en effet, avec raison, que le but de toute science, c'est son utilisation.

Tandis que ces derniers savants, toujours en contact avec les réalités, touchent terre, les *savants en puissance* croient naïvement et veulent faire croire qu'ils sont bien au-dessus et prêtent ainsi à rire à leurs dépens. C'est une remarque que M. Geoffroy de Grandmaison a faite en parlant de Chaptal : « Son habitude de traduire en applications pratiques

ses découvertes de chimie enlève à sa qualité de « savant » ce caractère insupportable qui porte ses congénères au pédantisme, et surtout les rend si parfaitement ridicules alors qu'ils s'estiment le plus. » (*L'Univers*, 14 juillet 1893.)

Le colonel Pâqueron, en militaire habitué à ne penser que pour agir et remplir son devoir, confirmait l'enseignement d'Aristote en disant : « Dans la vie, tout ce qui ne passe pas en acte est perdu. » Combien de Français imitent la conduite éminemment utilitaire de ce colonel, dont Mgr Sayvet a fait si justement l'éloge !

Offrez à des industriels, à des commerçants français des découvertes qu'ils peuvent utiliser à leur bénéfice, ils n'en feront pas de cas. On comprend dès lors pourquoi ils sont vingt à trente ans en arrière des Anglo-Américains ; car ceux-ci n'attendent pas qu'on vienne leur offrir de pareilles découvertes ; en effet, ils vont spontanément à leur recherche afin de les appliquer à leur profit. Ainsi Edison est pensionné par une Société d'Américains qui se réservent, à cette condition, l'exploitation de ses découvertes passées et futures. On n'a jamais vu pareille chose en France, en Europe, où l'on laisse mourir, dans l'indifférence et même la misère, les inventeurs qui, étant assistés, auraient pu parachever leurs découvertes et en faire d'autres. Français, Européens agissent alors sous l'influence d'un arrêt de développement intellectuel, dont je dirai plus loin la cause.

Depuis que les savants de la Renaissance ont inventé les sciences théoriques, parce qu'ils ne comprenaient pas que toute science est nécessairement tout à la fois théorique et pratique, les traités modernes de philosophie ne reproduisent plus l'enseignement précité d'Aristote sur l'esprit *spéculatif* et l'esprit *pratique*. Aussi, comme pour combler cette lacune, l'État convie ses instituteurs à donner des *leçons de choses*, c'est-à-dire un enseignement pratique ou l'application de nos connaissances. C'est précisément ce qui manque en France, laquelle produit mille inventions, alors que l'Allemagne n'en produit que deux cents.

Mais, si nous faisons en France beaucoup de découvertes, il faut avouer que nous ne savons les utiliser qu'après qu'elles ont été appliquées par les Anglo-Américains. En effet, sans avoir lu Aristote, ce patron des utilitaires, ils sont portés

naturellement à suivre son enseignement. C'est pourquoi ils utilisent, vingt à trente ans avant nous, les découvertes françaises, comme le démontre l'histoire de la vapeur, de la machine à coudre, du téléphone et bientôt du traitement médical de l'alcoolisme. Le vulgarisateur de ce traitement vient d'être invité par le doyen de la Faculté de médecine de Chicago à y aller faire des conférences sur ce sujet, *moyennant compensation*, pendant l'Exposition universelle. Pareille invitation n'a jamais été faite à ce vulgarisateur dans notre pays : c'est la coutume française.

Cette funeste coutume persistera tant que durera le monopole de l'enseignement. Véritable lit de Procuste où sont nivelées, contre nature, les intelligences les plus diverses, ce monopole façonne et, pour ainsi dire, fige tous les esprits dans le même moule, d'où ils ne peuvent presque plus sortir pour se développer suivant leur originalité native. Cela explique pourquoi, au XVIIIe siècle, tout le mouvement scientifique s'est fait en dehors des Universités qui avaient ce monopole stérilisateur, comme nous le raconte M. Liard, dans son *Histoire de l'enseignement supérieur avant* 1789.

En supprimant l'émulation et surtout la concurrence, source de tous progrès, ce monopole nous rend inférieurs aux autres nations et fait, par exemple, que presque tous les étudiants étrangers commencent et achèvent leurs études médicales dans les Facultés allemandes, où l'instruction est plus complète, plus rapide et dès lors moins coûteuse. Et dire que tout cela n'a pas été compris, depuis un siècle, par nos législateurs et nos gouvernants, qui ont vraiment bien peur de la liberté d'enseignement, laquelle est pourtant le complément indispensable de la liberté de conscience, accordées toutes deux aux citoyens français en 1789 par les articles 10 et 11 de la *Déclaration des droits de l'homme.*

En attendant la destruction du monopole, l'initiative privée doit remédier à ses inconvénients par des recherches individuelles (1), car dit justement Alphonse de Candolle,

(1) Que j'ai déjà tentées, à diverses reprises, de faire dans un but utilitaire, comme le témoignent mes publications dans le *Lyon Médical :* 1° Conservation du lait en utilisant trois lois de la physique (2 février 1890) ; — 2° Traitement curatif et préservatif de la diphtérie (15 juin 1890) ; — 3° Innocuité du lait et de la viande des vaches tuberculeuses

dans son *Histoire des sciences*, 2ᵉ édit., p. 135 : « Les travaux à domicile sont les *plus réfléchis* et ordinairement les *plus* originaux..... La science vit de *liberté* et de *travail individuel* des maîtres et des élèves *en dehors des leçons*. Souvent les gouvernements surchargent les professeurs de cours, d'examens ou de détails administratifs, qui enlèvent, à ceux qui voudraient travailler, le temps de le faire.

« Au moment où je rédige cette phrase, j'ai sous les yeux des lettres de professeurs français, allemands, Italiens qui se lamentent de ne plus pouvoir travailler pour la science, chargés comme ils le sont par des centaines d'examens. »

Dans sa publication de 1890, *La réforme de l'enseignement médical*, p. 39, M. Henri Huchard, médecin des hôpitaux de Paris, cite l'exemple suivant, démontrant bien la supériorité de l'iniative privée dans la question des recherches scientifiques :

« Quelques-uns de mes collègues et contemporains se rappellent ce savant laborieux, Duchenne (de Boulogne), qui étudiait avec une si discrète modestie, dans le fond d'une salle d'hôpital, des malades abandonnés et des maladies inconnues. Pendant que passait superbement près de lui le cortège de la science officielle, ce grand homme faisait en silence ses inoubliables découvertes. N'étant rien à l'hôpital, rien à l'Académie, rien à la Faculté, cet infatigable travailleur sut prouver, une fois de plus, que, ni les positions officielles, ni les titres honorifiques ne font les grands médecins, et créer au milieu du chaos des affections médullaires, décrites par Ollivier (d'Angers), des maladies nouvelles et des types morbides comme l'*ataxie locomotrice progressive*, l'*atrophie musculaire*, la *paralysie atrophique de l'enfance*, les *paralysies générales spinales*, la *paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myo-sclérosique*, la *paralysie labio-glosso-laryngée*. Eh bien ! on ne peut songer sans tristesse aux autres travaux qu'il eût encore accumulés si ce

(8 mars 1891) ; — 4° Traitement de la variole par l'obscurité solaire (1876 et 1892) ; — 5° Pain économique, savoureux et nourrissant fabriqué avec la farine pétrie dans du bouillon de son ; — 6° La découverte d'un procédé de fumure des arbres par un courant électrique appliqué avec succès d'abord à Saint-Priest (Isère), puis au *Parc de la Tête-d'Or* à Lyon, au prix de quinze centimes par arbre pour huit à dix ans.

grand chercheur, qui n'avait ni « la bosse » des concours, ni l'étoffe d'un concurrent, eût été chargé d'un service d'hôpital spécialement affecté au traitement des maladies nerveuses ! Il n'avait pas un grand talent professoral, j'en conviens, mais on enseigne mieux ce que l'on connaît bien. Les élèves auraient été en foule attirés vers lui par l'appât de la nouveauté, et il a manqué à l'honneur de la Faculté qui l'a méconnu et ne l'a pas nommé au moins professeur « *extra-ordinaire* ».

Avec ce titre, il aurait fait, en Allemagne, la fortune de la plus petite Université ; après quoi il aurait été, pour ainsi dire, mis à l'enchère par toutes les Universités de ce pays, qui, suivant la coutume allemande, se le seraient disputé en lui offrant des émoluments de plus en plus élevés.

Telle ne fut pas, hélas ! la destinée de cet homme de génie, qui découvrit à lui seul plus de maladies nouvelles que tous les professeurs de Faculté, les chirurgiens et médecins des hôpitaux de Paris, ses contemporains.

On ne sera pas étonné qu'il en soit ainsi en apprenant d'un médecin étranger, désintéressé dans la question, comment le mode de recrutement des professeurs de la Faculté de Paris contribue à étouffer l'originalité chez les jeunes médecins intelligents, instruits, laborieux qui parviennent à obtenir une chaire à cette Faculté. Tout cela nous est fort bien exposé dans les lignes suivantes par le docteur Hart, fondateur du *British medical journal :*

« A Paris, aucun médecin ne peut arriver de bonne heure à une position scientifique importante ; chacun doit, pendant des années, étudier les idées officielles de ceux qui peuvent être ses juges ; il doit aussi faire grande attention aux idées préconçues et au parti-pris de ces derniers ; il ne peut pas se spécialiser de trop bonne heure, et il ne doit pas être *trop proéminent*, ni *prématurément original*.

« Beaucoup de temps et d'efforts doivent être employés à des études qui seront plus tard inutiles et à des travaux qu'on laissera ensuite de côté.

« A trente-cinq ou quarante ans, le chirurgien ou le médecin, qui atteint la plate-forme, a souvent perdu son originalité et sa verdeur. Il est la créature d'un système officiel

des mailles duquel il n'est pas libéré s'il aspire à entrer à l'Académie, à l'Institut ou arriver au professorat.

« Certainement ce système exclut les incompétents et diminue le favoritisme (sans l'exclure), mais *il comprime toute originalité et toute initiative.* Ceux qui ont pu se faire nommer aux hautes positions en tirent une grande élévation, s'ils ne sont pas déjà trop fatigués et s'ils ont conservé de la vigueur scientifique. »

Et ceux qui ont perdu cette vigueur scientifique imitent ce professeur, dont le docteur Huchard parle en ces termes (p. 15) : « Un candidat à la robe professorale arrive enfin au comble de ces vœux ; il est nommé professeur. Un jour, à ses élèves qui le félicitaient de son élévation, il fait cette réponse en s'étirant les bras, comme un homme qui vient de faire un long sommeil et qui veut recommencer : « Ah ! maintenant, on va donc pouvoir se reposer !... »

L'exemple encourageant de Duchenne (de Boulogne) et surtout mon expérience personnelle depuis une quarantaine d'années de pratique médicale me convainquent de plus en plus que, pour réaliser d'importants progrès scientifiques, il faut d'abord explorer les sillons classiques de la science et leurs affluents, puis les abandonner, car ils ont été tellement fouillés qu'on ne peut plus y trouver que des miettes.

Depuis une vingtaine d'années, je me suis efforcé de résoudre :

1° Les questions de la médecine psychique et de la médecine plastique, deux sciences nouvelles (1), dont l'exposition n'a pu trouver des éditeurs et de chaleureux adhérents qu'aux États-Unis, le seul pays sans préjugé et dès lors ouvert à toutes les idées nouvelles ;

2° La question du régime, comprenant sous cette dénomination traditionnelle l'alimentation et tous les autres agents de l'hygiène.

II

Pour résoudre la question du régime, on a, depuis plus de deux mille ans, accumulé des monceaux d'observations et

(1) Un érudit aimable, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, m'envoie des documents démontrant que les Grecs et les Romains utilisaient déjà leurs eaux minérales pour l'application de ces deux sciences.

même formulé d'importantes lois de second ou de troisième ordres utiles pour l'explication de quelques faits isolés. Mais tout cela est insuffisant pour constituer la science. Car, dit justement le docteur Frédault (*L'Univers*, 30 mars 1892) : « Si la science vit de faits et d'observations, cela ne lui suffit pas, et elle n'est vraiment constituée que par une interprétation, ou, autrement dit, par les lois qui expliquent ces faits. La *doctrine* est en tout la loi des choses, en même temps qu'elle en est l'esprit. Il ne saurait y avoir de science sans doctrine, et, là où il n'y a que des faits, la science attend. »

Pour constituer la doctrine du régime, c'est-à-dire la loi générale qui en explique tous les faits, il a fallu attendre jusqu'à l'année 1842 où Jules-Robert de Mayer (d'Heilbronn) a découvert la loi de la transformation des forces; et surtout jusqu'en l'année 1844, où Joule trouva l'équivalent mécanique de la chaleur.

Grâce à Mayer, nous savons que tous les actes de la vie chez l'homme et chez les animaux ne sont que les résultats de la transformation des forces.

Grâce à Joule, nous savons aussi que les lois du mouvement mécanique des corps vivants sont les mêmes que les lois du mouvement mécanique des corps bruts.

Conformément à cette dernière loi, les véritables aliments développent une force plus intense et surtout plus prolongée, et cela en produisant successivement : 1° une action chimique qui se transforme en 2° chaleur qui se transforme en 3° force.

Les prétendus aliments d'épargne (vin, alcooliques, café, thé, maté, coca, kola), la viande même, la partie maigre seulement, développent incontestablement de la force, mais une force factice et passagère, et cela en produisant la transformation successive des forces : 1° action chimique, 2° force, 3° chaleur. Ceci est conforme à la loi d'un membre de l'Institut, M. Chauveau, qui soutient dans son livre : *Le travail musculaire et l'énergie qu'il représente*, 1891, p. 202-233. qu'on observe cette dernière série de la transformation des forces dans le travail musculaire, tandis que les physiologistes ont affirmé jusqu'ici que le travail musculaire était effectué suivant la série suivante : 1° Action chimique, 2° chaleur, 3° force.

Ne peut-on pas appliquer la loi de M. Chauveau au travail musculaire effectué sous l'influence des prétendus aliments d'épargne qui produisent successesivement : 1° action chimique, 2° force, 3° chaleur ?

Et ne pourrait-on pas appliquer la loi de Joule au travail musculaire effectué sous l'influence des véritables aliments qui produisent successivement : 1° action chimique, 2° chaleur, 3° force ?

M. Chauveau pourrait, par des habiles expérimentations, résoudre cette double question et peut-être provoquer ainsi l'accord de tous les physiologistes, ce qui est souvent un signe de la perfection de la science.

En attendant, je vais, en m'appuyant sur les autorités scientifiques contemporaines, démontrer que la loi de la transformation des forces appliquée à l'alimentation est le meilleur moyen d'utiliser celle-ci en en développant toutes les ressources.

Plus tard, dans un *Traité du régime* bientôt achevé, je montrerai que cette même loi nous fournit aussi les meilleurs moyens pour utiliser tous les autres agents de l'hygiène.

En ce moment-ci où les sciences physiques et chimiques sont si avantageusement appliquées pour les progrès de la médecine, il est vraiment étonnant que depuis un demi-siècle qu'ont été faites les découvertes de Mayer et de Joule, il n'y ait pas eu, parmi les 180,000 médecins du monde civilisé, plusieurs centaines d'entre eux empressés à faire profiter leur profession de ces découvertes.

Tel est le résultat final de l'uniformité obligatoire de l'enseignement universitaire, si bien exprimée dans cette parole de M. Duruy, le ministre de l'Instruction publique préféré de Napoléon III :

« Aujourd'hui, à dix heures du matin, tous les élèves de rhétorique de tous les collèges et lycées de France font la même composition. »

Tous ces élèves ne sont guère préparésà être, suivant l'expression significative de notre langue, des excentriques, c'est-à-dire des hommes disposés à s'éloigner du centre actuel des connaissances humaines pour créer un nouveau centre de ces connaissances, afin de les faire progresser.

Il est regrettable que, chez les hommes de race latine qui

ont généralement leur personnalité moins développée que les hommes de race anglo-saxonne, on applique ce qualificatif d'excentrique aussi bien aux hommes originaux (puisqu'ils sont l'origine de quelque chose), qu'aux gens bizarres; désireux de se faire remarquer en affichant quelques singularités individuelles ; c'est à décourager les novateurs qui sont, en outre, ridiculisés en France par les gens n'ayant jamais rien su inventer.

Tel fut le cas du marquis Claude de Jouffroy d'Abbans, surnommé *Jouffroy-la-Pompe* par les Francs-Comtois qui, en 1776, le voyaient naviguer sur le Doubs avec le premier bateau à vapeur qu'ait eu la France.

Cet inventeur ne fut pas plus heureux en 1783 à Lyon, où il navigua avec un autre bateau à vapeur pendant seize mois entre Lyon et Mâcon. L'Académie des sciences et belles-lettres de Lyon ne daigna pas envoyer officiellement une commission pour apprécier cette découverte. Cinq de ses membres seulement, stimulés par une curiosité inféconde, allèrent assister au premier départ de ce bateau de 43^{m}33 de long sur 4^{m},66 de large avec un tirant d'un mètre d'eau, et cela sans comprendre son utilité, comme la suite le prouva.

Cent huit ans plus tard, les membres de cette même Académie furent invités, à deux reprises, à vérifier une découverte scientifique ayant une bien plus grande importance sociale que celle de la navigation à vapeur. Pas un seul membre ne répondit à cette invitation. S'ils se comportèrent même moins bien que leurs ancêtres de 1783, c'est parce que plus que ceux-ci, ils ont subi l'influence déplorable du monopole universitaire napoléonien, qui persiste encore et dont Taine a stigmatisé le servilisme avoué implicitement ici par M. Duruy lui-même. On peut dire aujourd'hui de l'Etat ce que Taine a dit de Napoléon dans la *Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1892, p. 243-5 : « Il s'attribue le monopole de l'instruction publique ; il aura seul le droit de la fabriquer et de la débiter comme le sel et le tabac..... Dans cet enclos et sous cette direction, roulent et fonctionnent toutes les manufactures de la denrée scolaire. »

L'Académie de médecine de Paris a vu disparaître trois ou quatre générations de ses membres avant d'accepter le magnétisme qu'elle avait repoussé un siècle auparavant. Il

est dès lors probable que l'Académie des sciences et belles-lettres, de Lyon, verra aussi disparaître trois à quatre générations de ses membres avant de reconnaître la découverte scientifique qui lui fut présentée en 1890 et 1891 et qui a été acceptée d'emblée par les Anglo-Américains, gens utilitaires, s'il en fût.

Tels sont les inconvénients du monopole de l'enseignement qui, dans son lit de Procuste, fait subir un arrêt de développement à toutes les intelligences. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer tous les peuples qui pâtissent de ce monopole avec les Anglo-Américains, qui ont la complète liberté de l'enseignement à tous les degrés.

Combien ils ont raison de railler le *vieux pays* ; c'est ainsi qu'ils appellent l'Europe, dont les habitants ont encore besoin, paraît-il, de bourrelets et de lisières, comme les petits enfants !

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de juillet 1893. — Présidence de M. Cordier.

KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Rendu présente deux femmes qu'il a opérées récemment, à l'infirmerie Saint-Jean, de kystes de l'ovaire par la laparotomie.

L'une de 31 ans, célibataire, avait un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, d'un poids total d'environ 10 kilogr. Les suites de l'opération furent normales. Le seul fait à noter a été l'absence complète de réaction inflammatoire. La température *rectale*, prise soir et matin, n'a atteint qu'une fois *trente-sept degrés cinq dixièmes ;* elle a toujours oscillé entre 37° et 37°,3, fait rare, même lorsque les suites opératoires sont considérées comme régulières.

L'autre, femme de 35 ans, quatre enfants, portait depuis plus de cinq ans un petit kyste de l'ovaire droit enclavé sous le promontoire, et remplissant exactement le petit bassin en arrière de l'utérus. Cette pièce anatomique, qui est aussi présentée à la Société, est presque ovoïde, du volume

d'une grosse poire. Elle gênait considérablement la malade dans toutes les positions debout, assise ou couchée, soit dans la marche, soit au repos. L'opération a été quelque peu délicate, à cause de l'enclavement sous le promontoire, et de la crainte de faire éclater le kyste en cherchant à pénétrer avec la main dans l'excavation. Suites opératoires normales ; la température rectale s'est maintenue entre 37° et 37°,8 ; une seule fois (le 2e jour au matin) elle a atteint 38°,2.

A quoi était dû l'enclavement de ce kyste dans l'excavation ? Il ne s'agissait point ici d'un fait semblable à celui observé et publié il y a quelques années par M. Rendu, d'un tout petit kyste enclavé dans le cul-de-sac de Douglas et bridé en haut par les deux ligaments utéro-sacrés, mais d'un kyste occupant le petit bassin tout entier.

M. Rendu explique cet enclavement chez une femme bien conformée, ayant eu quatre accouchements spontanés à terme, par une procidence antérieure de l'ovaire droit devenu ultérieurement kystique et ayant refoulé l'intestin au-dessus de lui. Dans ces conditions, le promontoire en arrière, l'utérus en avant, mettaient en haut un obstacle suffisant à la sortie du kyste de l'excavation.

ANÉVRYSME DE L'AORTE AYANT PROVOQUÉ UN RETRÉCISSEMENT DE LA TRACHÉE.

M. Bret présente un petit anévrysme de la crosse de l'aorte provenant d'un malade mort dans le service de M. le professeur Lépine.

Ce malade, âgé de 59 ans, était atteint depuis quinze jours d'une dyspnée d'un caractère assez particulier. La respiration n'était pas plus fréquente qu'à l'état normal, mais à l'expiration, il y avait un cornage intense qui diminuait dans l'inspiration, il n'y avait ni tirage ni cyanose des extrémités, la phonation était absolument normale. Se fondant principalement sur le peu de tirage, M. Lépine fit le diagnostic de compression *trachéale* et non de stridulation laryngée. Ce diagnostic fut vérifié à l'examen laryngoscopique et l'on put voir qu'il n'y avait aucune paralysie laryngée, bien au contraire, la glotte se dilatait avec écartement inaccoutumé pendant l'inspiration, et les cordes se rapprochaient complè-

tement sur la ligne médiane quand le malade prononçait le son *è*. Grâce à l'ampleur du mouvement d'écartement des cordes l'examen de la trachée était très facile, et on put voir très nettement une saillie en avant et à droite que l'on estimait être à 5 ou 6 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. Le malade fut trachéotomisé dans le service de M. le professeur Poncet, et grâce à l'emploi d'une longue canule de 15 centimètres qui permettait de dépasser l'obstacle, la respiration se rétablit normalement séance tenante. Une fois la canule en place, on put explorer avec les doigts une partie de la surface extérieure de la trachée, et M. Jaboulay sentit très nettement, au-dessous de l'extrémité supérieure du sternum, une tumeur pulsatile adhérente à la trachée qu'il considéra comme un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le malade n'avait aucun autre signe d'anévrysme, les pouls radiaux étaient égaux. Le 15 juillet au matin, il prit une hémorrhagie foudroyante et succomba.

A l'autopsie on trouva en effet un anévrysme entre l'origine du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière. Les dimensions de l'ouverture étaient à peu près celles d'une pièce de deux francs, la cavité avait environ le volume d'une noix, et elle communiquait par une ulcération avec la trachée dans laquelle l'anévrysme s'était rompu. Il y avait de nombreuses plaques athéromateuses sur toute la face interne de la crosse de l'aorte.

M. Lépine dit que cette observation présente le grand intérêt de montrer l'accord absolu de la clinique avec la physiologie pathologique. Il y avait ralentissement de la respiration, prolongation de l'expiration alors que l'inspiration était normale. Or, il y a une vingtaine d'années, M. Marey a démontré que la durée du temps expiratoire augmente s'il y a obstacle à l'expiration. Dans le cas particulier il est facile de se rendre compte des raisons de ce fait. Puisque l'expiration augmente la tension intra-thoracique, c'est à ce moment que l'anévrysme devait être plus turgescent, et le rétrécissement du calibre de la trachée devait être plus accentué que pendant l'inspiration.

M. Poncet dit qu'en voyant arriver le malade de M. Lépine il avait songé à un goître plongeant, mais quelle que fût la cause de l'asphyxie, il n'y avait pas à hésiter, il fallait intervenir et pratiquer la trachéotomie. Si l'on n'avait eu à sa disposition que des canules ordinaires de 7 cent. de longueur, il eût été imprudent d'inciser la trachée avec la pensée que le rétrécissement pouvait siéger très bas, mais avec les grandes canules

de 15 cent. qui descendent jusqu'à la bifurcation des bronches on ne s'exposait à aucun mécompte.

M. Poncet montre à la Société une de ces grandes canules qu'il a fait construire il y a quelques années pour les cas où l'on pratique la trachéotomie chez certains goîtreux à trachée ramollie ou chez des malades dont le cou est très volumineux. Ces canules munies d'un mandrin se terminent par une extrémité conique comme celles de Krishaber.

L'un des secrétaires annuels, Dr L. Dor.

REVUE DES LIVRES

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par le docteur Berlin (de Nice). Paris, Société d'Editions scientifiques, 1893.

Ce petit livre, précédé d'une préface par le docteur Auvard, n'est pas une réédition plus ou moins masquée des bons traités de gynécologie que nous possédons en France ; c'est avant tout une œuvre de clinicien dont le but est de conduire pratiquement, méthodiquement et sûrement au diagnostic.

L'auteur décrit les instruments et les procédés usuels de l'examen gynécologique tels qu'il les emploie dans sa pratique journalière ; il indique dans quel ordre on doit les appliquer à l'étude de la malade ; enfin comment on doit les mettre en œuvre et les combiner pour arriver à ne laisser dans l'ombre aucune des lésions accessibles de l'appareil génital.

De nombreuses figures, plus ou moins schématiques, contribuent à la clarté et à la concision du texte et feront de ce livre, aux allures modestes, un compagnon précieux pour tous, pour ceux surtout qui, par suite de leurs aptitudes, de leurs occupations ou de leur isolement, n'ont pu se familiariser encore avec les connaissances gynécologiques actuelles.

L. Hassler.

REVUE DES JOURNAUX

Bains froids dans l'entérite des enfants, par M. Brunon. — Il s'agit d'un enfant de six mois élevé avec du lait concentré dans une famille où rien de ce qui touche l'hygiène n'est négligé. Le 28 juin, au moment où la tempé-

rature extérieure était accablante, il est atteint de gastro-entérite avec vomissements, diarrhée verte et fièvre.

Au moment où je le vois, il est malade depuis deux ou trois jours seulement et sa température axillaire est de 38° le matin. On supprime immédiatement le lait concentré et toute alimentation. On donne exclusivement à l'enfant du grog au cognac et une solution de bicarbonate de soude (à 5 gr. par litre), 250 gr. environ par jour.

Les signes précédents persistent et la température axillaire s'élève constamment, surtout le soir ; le 2 juillet, elle atteint 40°,8 le soir. Toute la journée, l'enfant n'a cessé de pousser un cri perçant à chaque expiration ; l'abattement est extrême, la face est pâle, la langue et les lèvres sont sèches, les paupières demi-closes, les globes oculaires déviés en dedans et en haut. Rien dans la poitrine.

L'enfant est dans un tel état de faiblesse qu'on hésite à l'enlever du berceau pour l'ausculter, les membres sont dans la résolution, la mort paraît imminente.

Je propose à la famille de mettre le petit malade dans un bain frais. La chose est acceptée comme une médication in extremis. L'enfant est plongé pendant dix minutes dans un bain à 20°. Après quelques secondes d'agitation et de cris, il devient immobile ; on aurait pu croire à ce moment qu'il était mort.

On l'enlève du bain avec précaution, on le remet dans son berceau en lui entourant les jambes d'ouate. A ce moment, la température axillaire est de 36°.

Moins de dix minutes après, le malade dormait avec le plus grand calme ; les cris, qui n'avaient pas cessé depuis 24 heures, sont supprimés, la face et les lèvres reprennent une légère coloration, les yeux sont complètement fermés et tout l'individu exprime le bien-être. La respiration, qui était anxieuse, est parfaitement régulière.

Je puis dire que tout l'entourage, y compris le médecin, était dans le plus grand étonnement. J'avais craint, en effet, de voir mourir l'enfant quand je l'avais ausculté, j'avais eu la même crainte après quelques secondes d'immersion, et il était évident qu'une transformation presque subite s'était faite dans les dix minutes qui ont suivi la sortie du bain.

Il fut convenu que le bain serait continué toutes les quatre heures pendant la nuit.

Cette nuit fut très calme. L'enfant s'agitait et poussait des cris quand on le plongeait dans l'eau, puis il semblait s'y bien trouver, on le replaçait dans son berceau et il dormait.

Le lendemain (3 juillet), bains toutes les trois heures à 22°. Grog et solution alcaline comme les jours précédents.

L'enfant reprend connaissance des personnes et des choses qui l'entourent, il boit avec avidité. Les selles sont toujours vertes et fétides.

Les 4, 5, 6 juillet, même médication, mais on ne donne plus que deux bains dans l'après-midi quand la température atteint 39°.

Le 6 juillet, il y a une selle jaune, peu abondante.

L'amaigrissement commence à se dessiner très nettement. La température vespérale est de 38°,2 seulement.

On commence à faire prendre, à la cuiller, du lait de femme, six cuillerées environ toutes les heures. Le grog est continué.

8 juillet. L'état du petit malade est satisfaisant. Pas de diarrhée et pas de fièvre. On cesse les bains. Les accidents d'entérite ont disparu, mais on reste en face de la difficulté grande d'alimenter le malade, car il ne peut pas teter. Il ne faut pas se dissimuler que là est le danger actuel; mais on peut affirmer que l'usage des bains froids, continués très exactement pendant dix jours, a eu raison d'accident tellement menaçants que la mort était imminente. (*La Normandie médicale*, 1er août 1893.)

Contribution à la connaissance des tumeurs lipomateuses, par le docteur Klas Edgren. — Trois cas de myxolipome s'étant présentés à de courts intervalles à la clinique chirurgicale d'Helsingfors, l'auteur a fait des recherches dans les publications qu'il a pu se procurer et il n'a trouvé que 18 cas de cette forme de tumeur. Ils sont décrits comme des tumeurs en général bénignes se développant lentement, qui paraissent assez fréquentes chez les femmes, atteignent souvent un grand développement et sorte du tissu cellulaire sous-cutané, surtout à la cuisse et au dos.

Elles sont de consistance molle, donnent une sensation de fluctuation à la palpation et sont assez distinctement séparées de l'entourage. On rapporte pourtant des cas où la tumeur atteint à un nerf ou au névrilème, et d'autres où elle passe diffusément dans les parties voisines, récidive et même présente des métastases. — A l'incision il s'écoule du myxolipome un pus visqueux qui donne une réaction de mucine. La coupe a un aspect gélatineux presque transparent, de couleur rouge jaunâtre. Ces parties gélatineuses sont de consistance très molle. Dans d'autres endroits la coupe est trouble, presque d'aspect médullaire, la consistance en est alors plus ferme. A l'examen microscopique, on aperçoit dans la partie myxomateuse de la tumeur un réseau de fils ténus dans lequel on trouve des cellules dont le nombre varie ainsi que leur forme ronde, fusiforme, et surtout anguleuse et munies de longs prolongements. Ceux-ci s'anastomosent et forment du moins une partie des fils du réseau. Le tissu adipeux se présente tantôt comme des cellules adipeuses parsemées en nombre variable dans le tissu myxomateux, tantôt comme un tissu purement adipeux. Entre celui-ci et le tissu myxomateux les cellules de ce dernier sont dédoublées en files. Dans les cas qu'il a observés, l'auteur a trouvé que les parties myxomateuses sont formées en grande partie par un tissu caverneux établi de manière que les prolongements des cellules se sont réunis en faisceaux et forment en s'anastomosant un réseau plus grossier dont les mailles deviennent peu à peu plus grandes, les cellules plus clairsemées dans les mailles, leurs noyaux moins colorables, enfin les cellules disparaissent complètement des mailles et il reste un tissu caverneux dont les alvéoles sont remplies de mucine. Dans les cas étudiés par l'auteur, le tissu adipeux est uniformément réparti et se rencontre surtout dans les cloisons du tissu caverneux. Entre le tissu myxomateux et le tissu conjonctif on voit dans ce dernier une infiltration de petites cellules qui paraît précéder la transformation myxomateuse du tissu conjonctif.

Quant à la genèse des tumeurs myxolipomateuses, le lipome paraît primaire dans la plupart des cas. En effet, elles présentent presque les mêmes caractères que les lipomes au point de vue du siège, du lieu d'origine, de la forme, de leur mode

de développement et de leur nature. Les formes malignes, au contraire, et surtout celles qui se rapportent aux nefs périphériques, peuvent être considérées probablement comme des myxomes primaires en transformation lipomateuse à un degré plus ou moins grand. Pour les tumeurs qui sont d'origine lipomateuse, le pronostic est en général favorable. Pourtant, le développement plus rapide qui se produit souvent en même temps que la dégénération myxomateuse montre que cette transformation n'est pas d'une nature tout à fait bénigne. Au contraire, pour les formes qui sont d'origine myxomateuse, le pronostic est très douteux, et même dans une partie des cas purement mauvais. (*Finska Lakaresallskapets handlingar*, août 1893.)

Un cas d'actinomycose humaine. — MM. Dubreuilh et Sabrazès ont présenté à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un malade âgé de 19 ans, qui a vu apparaître, il y a six mois, sur la joue droite, un peu au-dessous du rebord inférieur de la mâchoire, un petit abcès qui très rapidement acquit le volume d'une olive, sans occasionner de douleur; incisé à deux reprises, il laissa écouler un liquide séro-sanguinolent contenant des grumeaux jaunâtres. La tumeur ne tarda pas à se reproduire.

Elle a, au moment de l'examen, le volume d'une amande; elle est molle, résistante, intra-dermique, recouverte par une peau amincie, lustrée, de couleur violacée, livide ; en arrière, la muqueuse a conservé sa souplesse et sa mobilité. Le sillon gingivo-génien, la gencive correspondante, le maxillaire ne paraissent pas tuméfiés. Sa première grosse molaire manque. Cette dent semble avoir été le point de départ de l'affection ; depuis quatre ans, elle était cariée et déterminait des crises d'odontalgie ; il y a huit mois elle n'était plus réduite qu'à des chicots. A cette date, le malade expulsa du centre de cette dent un petit bloc puriforme, mou, jaunâtre; deux mois après, voyant sur la joue droite, en face de la grosse molaire cariée, se former un abcès, il fait arracher sa dent. La tuméfaction des gencives disparut, mais l'abcès continua à évoluer, non dans un ganglion, mais dans l'épaisseur des téguments de la joue.

De cet abcès, incisé une troisième fois, s'est échappée une

matière fongueuse, mollasse, de couleur lie de vin, au milieu de laquelle étaient des grains d'un beau jaune soufre, ronds, mous, onctueux, du volume d'une pointe à une tête d'épingle. Leur examen microscopique montre clairement que ces grains sont formés par des amas confluents d'actinomyces mêlés à des globules de pus. Le parasite, d'aspect mûriforme, se reconnaît facilement dans les préparations que les présentateurs font passer sous les yeux de la Société, à ses irradiations périphériques en massue et à la zone centrale, dense et enchevêtrée des colonies étoilées. Le résultat des cultures faites en ensemençant les grains sera communiqué ultérieurement.

L'actinomycose est surtout justiciable des traitements chirurgicaux ; on pourrait ici faire un râclage précédé et suivi de lavages aux solutions fortes de sublimé. (*Gaz. des hôp. de Toulouse*, 19 août 1893.)

Un nouveau signe pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. — Chez tous les typhiques qu'il a eu l'occasion d'observer au cours des deux dernières grandes épidémies de fièvre typhoïde à Odessa, M. le docteur V. Filipovitch a toujours constaté l'existence d'un symptôme non encore signalé qu'il désigne sous le nom de *signe palmo-plantaire*, et qui consiste dans un aspect calleux particulier et une coloration jaune, orangée ou même safranée de toutes les parties saillantes de la paume des mains et de la plante des pieds, parties qui, chez les sujets sains, sont, comme on sait, plus ou moins rosées et qui, dans les cas de cyanose, deviennent bleuâtres.

Ce phénomène s'expliquerait par l'affaiblissement de l'action du cœur, par la réplétion incomplète des capillaires et par la sécheresse de la peau des dothiénentériques. Comme il a toujours été constant et très accusé chez les typhiques de M. Filipovitch, notre confrère pense qu'il peut rendre des services en tant que signe diagnostique de la fièvre typhoïde dans les cas assez fréquents de cette maladie où manquent, comme à la période de début, par exemple, les symptômes pathognomoniques habituels de l'affection.

Un autre médecin russe, M. le docteur A. Skibnevsky, a pu aussi se convaincre, au cours d'une épidémie de fièvre

typhoïde qui a sévi dans un district du gouvernement de Moscou, de la constance chez les typhiques du signe palmo-plantaire indiqué par M. Filipovitch.

Ce phénomène disparaîtrait rapidement dès que le malade entre en convalescence. (*La Revue médicale*, 20 août 1893.)

Nouvel inhalateur compte-gouttes pour l'anesthésie, par M. Raphaël Dubois (de Lyon). — Tous les appareils imaginés pour donner le chloroforme sont remplis d'inconvénients : le plus simple serait le meilleur. Le plus simple est donc un mouchoir que l'on prend entre deux faux poignets emboîtés l'un dans l'autre. Il se forme ainsi un diaphragme de mouchoirs laissant largement passer l'air et sur lequel on verse goutte à goutte le chloroforme.

Pour rendre le dispositif encore plus pratique, pour éviter à l'assistant qui donne le chloroforme, l'usage libre d'une main, j'ai remplacé les faux poignets par des anneaux métalliques, s'emboîtant l'un dans l'autre sur l'anneau engaînant. J'ai fait fixer un petit flacon compte-gouttes de chloroforme, basculant à l'aide d'un doigt de la main tenant l'appareil, et versant le chloroforme en temps voulu. (*Bul. méd. de Paris*, 27 août 1893.)

Traitement par un large vésicatoire dans un cas d'œdème du pharynx et de l'isthme du gosier. — Dans un cas d'œdème du pharynx où les piliers, la luette et le voile étaient très fortement tuméfiés, au point de rétrécir et d'effacer presque l'isthme du gosier, le docteur Ern-Charlier (de Bruxelles), craignant l'asphyxie et n'ayant pas de quoi faire la trachéotomie, fit appliquer un vésicatoire recouvrant tout le cou, d'une oreille à l'autre. Au bout de quelques heures, le malade, qui souffrait depuis un jour entier, éprouvait une amélioration notable. Le lendemain, le malade ne se sentait plus aucun malaise. (*Rev. intern. de bibliographie*, 25 août 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

BICYCLISME ET BICYCLOMANIE.

Il n'y a qu'une voix parmi les *gens sérieux* contre cet exercice : « Agent d'anémie, d'affections cardiaques, de congestions cérébrales », voilà les accusations fondées sur bonnes autorités, dit-on, que partout j'entends répéter contre ce pauvre véhicule qui, ne fût-ce qu'à titre de contribuable, aurait bien droit à quelque ménagement.

Confrères, mes amis, nous qui, plus au moins directement, par nos consciencieuses recherches, avons fourni des armes à ce préjugé, faisons un retour sur nous-mêmes. Déjà, il y a plus d'un siècle, hélas ! nous eûmes notre compte avec le *poison lent*. Profitons de l'exemple : avant de courir aujourd'hui pareil risque, je n'ose dire expérimentons, non, prenons seulement la peine de voir à l'œuvre, ce que, faute d'avoir suffisamment distingué, nous sommes portés à proscrire.

Pères de famille, quand votre fils intellectuellement surmené par la vie du lycée, passait obstinément ses soirées et ses jours de congé à dévorer quelque Jules Verne, combien n'auriez-vous pas donné pour substituer à cette absorbante occupation dont il n'a à attendre que myopie et gibbosité, un exercice au grand air qui lui développe les muscles et le thorax. Mais voilà. Il est dans ses dix-sept ans. Les *barres*, la paume ont cessé de le captiver. La nage, le patin n'ont qu'une courte saison. La chasse ? A cet âge, elle risque de rapporter plus au chirurgien qu'à la cuisinière. Le cheval est bien coûteux ; l'escrime énerve, ébranle.— Donc si vous le pressez de sortir, d' « aller *prendre l'air* », Dieu sait où il ira, et je sais trop, moi, ce qu'il pourra prendre !

De ces brûlants problèmes, à ces périlleuses alternatives, la solution est aujourd'hui chez Clément, Ingold, Peugeot, ou tous autres fabricants et dépositaires de bonnes marques. Une fois nanti de son bipède mécanique, n'ayez peur que le jeune homme s'ennuie, s'attarde à d'insipides lectures, ou s'égare en mauvais lieux. La bicyclette est son beau idéal réalisé. C'est une passion, à même de lutter contre les plus

tentantes. Lancé à travers l'espace, humant à pleins poumons l'air libre qui lui fouette la face, bientôt immanquablement saisi par le rut d'arriver premier, lorsque rentré pour dîner, — car vous risquez dès lors de ne le revoir qu'aux heures des repas, — il engloutit son tiers de gigot, puis va ronfler ses huit ou neuf heures, qu'avez-vous à craindre pour ses mœurs? *Cum Morphœo Venus friget !*

Donc la bicyclette annihile toute autre passion. Et non seulement elle l'annihile de fait, par les habitudes différentes qu'elle crée, mais *il faut* qu'elle les annihile. C'est de commandement. Ce culte ne souffre pas de partage. Lisez plutôt l'*ordre* fulminé par un des maîtres de l'art dans le n° 55 du journal hebdomadaire *La Bicyclette :*

Coureur qui veux brûler la piste ce printemps,
Consacre au dur labeur l'ardeur de tes vingt ans.
Et vis en renonçant à toute folle ivresse,
Sans alcool, sans tabac, sans bals et sans maîtresse !

Est-ce clair et net ? Est-ce détaché de manière à se faire entendre, impératif de manière à se faire obéir ? Obéissez donc, jeunes adeptes. En échange de ces privations vous serez doués de la vigueur suffisante. Et quant aux accidents de route, le *frein* placé à l'avant-train donne garantie complète. Il préserve, dit-on, de toutes chutes; et s'il vient à se fausser, pour un petit écu on le remet en état. Moral ou légal, à cette fin de siècle, trouvez-moi un frein qui, pour le même prix, fasse pareil usage !

Pour vous, donc, parents, plus d'alarmes. Les risques du voyage ainsi conjurés, un autre point noir, non moins sombre, est également écarté. Grâce à la puissante diversion bicyclettiste, voilà aussi heureusement que possible traversée la phase scabreuse où le jeune inexpérimenté sollicité par toutes les séductions est exposé à tous les naufrages.

Maintenant le parfait bicycliste sera-t-il un parfait écolier? Ceci est une autre question. L'attrait est fort, il faut qu'on le sache. Indépendamment des soins matériels de nettoyage, l'insufflation du pneu, la distraction que ce jeu crée se prolonge bien en dehors et au-delà du temps de la course. Veillez-y, éducateurs et instituteurs. Que les heures consacrées à ce sport hygiénique soient mesurées inflexiblement,

réglées d'avance, afin que l'étudiant échappe à la tentation, pour la devancer, de bâcler ses devoirs.

Mais c'est là le moindre danger. Lorsqu'on voit que plus l'homme se civilise, plus il abuse des fonctions dont la nature l'instruit, dont le souci de son propre bien-être, l'avertissement même des maladies lui apprennent à ne se servir que dans la mesure de ses besoins, comment s'étonner que ici aussi l'excès se soit fait sa place, que le bicyclettisme tende à devenir bicyclomanie. Cela devait être, car si les acteurs, y peinent et en peuvent mourir, tout un monde en vit, fabricants, marchands, hôteliers, journalistes, sans nous compter, nous, chers confrères.

Car les appels, les défis vont se croisant et multipliant. Quelle région, quel département, ville, bourgade voudrait s'inférioriser en n'organisant pas sa course de fond ? Et l'appétit venant en pédalant, aux distances de 100, 200 kilomètres ont vite succédé celles de 500, 572, 1250 ! ! Après avoir couvert Paris-Nantes on nous annonce Paris-Madrid.

Est-ce trop ?... Honte à qui recule ! A ces héroïques cartels, il n'est fils de bonne mère, disons possesseur de bonne marque, qui ne réponde en graissant ses billes, vérifiant ses roulements et serrant sa douille.

De ces infernales équipées, voulez-vous savoir les effets pathologiques. N'en croyons pas les médecins, quelque compétents et désintéressés qu'ils soient. Tout docteur ici est gêneur : mais croyons-en les victimes. « On ne sait pas quelles atroces souffrances causent les dernières heures : il faut avoir passé par là ! » a dit Stéphane, le populaire coryphée.

Un autre, Cottereau, n'avoue rien, mais la bascule parle pour lui. Après la course Paris-Bordeaux, il fut constaté par le docteur Léon Petit, que en 23 heures 1/2, son poids avait diminué de 5 kilog. ! « Quel remue-ménage dans son torse pour fournir pareil déchet ! », s'écria même un assistant, inhabile analyste, mais peintre de saisissant coloris.

Un détail rend plus saisissant encore le degré de cette torture. Pendant les dernières heures le coureur exténué semble-t-il sur le point de succomber. Aposté pour ce cas prévu surgit l'*entraîneur*. L'entraîneur, un coureur frais et dispos

qui, pédalant devant lui, le pique d'honneur par le simulacre d'un rival près de lui voler son triomphe.

L'effet est sûr, parfois décisif. Mais n'y trouvez-vous rien de barbare? A bout de forces, le pauvre diable a épuisé la réserve de ses facultés volitives; ses mouvements mal assurés, sa chancelante allure, crient grâce! Eh bien, non! Comme au légendaire Juif errant, une voix répond: « Tu marcheras! ». L'*émulation*, par un aiguillon supplémentaire, a encore trouvé de quoi stimuler jusqu'au complet anéantissement ses fibres musculaires rebelles!

Mais quoi! m'apitoyer sur ces souffrances, bonne dupe que je suis! Ceux qui les endurent, sachant à quoi ils s'exposent, savent aussi quelles compensations les attendent. Les *professionnels*, qui seuls gagnent les prix, courent pour une maison de fabrique. Leur gloire, leur triomphe, leurs efforts servent à achalander la boutique. Et, commercialement parlant, de quelque côté que la chance tourne soyez sûrs que jamais ceux-là n'auront pâti pour rien.

Mais l'exemple, les fleurs, les hourras, les dithyrambes de la presse sportive, tout cela grise les simples amateurs, les pousse, les décide à courir à la suite. Leur ambition, à eux, je le sais, est plus modeste. Elle sera satisfaite si, comme lors de la course de Rouen, ils font en 8 ou 9 heures le trajet que les *champions* ont accompli en 5 h. 40. Et notez que, une fois parvenu au terme, quel qu'ait été le retard, ils peuvent compter sur leur petite ovation!

Oui, mais ce plaisir-là, ils l'ont gagné au prix des mêmes fatigues, du même préjudice actuel et futur pour leur santé; car avec leur mauvaise bicyclette de route, il leur en a coûté la même somme d'efforts pour arriver bons 20e ou 30e qu'aux heureux monteurs des machines Phébus, Gladiator, Withworth pour toucher le but. Et, je le répète, si le fait se renouvelle, s'il devient habitude, les lésions de l'innervation, des appareils circulatoires et respiratoires sont également à craindre.

Un docteur, un vieux docteur peut-il finir sans formuler? Ce serait la première fois. Terminons donc par une prescription cette étude médico-pédagogique.

Si pleine licence m'était donnée, c'est-à-dire si j'étais libre de me placer exclusivement au point de vue de l'hygiène,

voici comment, à l'usage des jeunes gens, je réglementerais l'usage de cet exercice.

J'*ordonne* tous les jours, ou tous les deux jours, une course de 15 à 20 kilomètres.

Le temps est-il superbe, le but attractif, fait-on le voyage à deux ? Je *souscris* à 40 ou 50 kilomètres (aller et retour compris, bien entendu).

Une occasion exceptionnelle se présentant, je tolère de 80 à 100 kilomètres, mais au pas ordinaire, sans qu'il soit question de lutte ou de pari, et avec repos consécutif proportionné à la dépense faite (deux ou trois jours).

J'*interdis absolument* toute course par défi, excédant 8 ou 10 kilomètres.

Deux mots de réponse, pour finir, à un article du journal des *Débats*, qui a daigné s'occuper de vélocipédie.

Le spirituel rédacteur présage la fin de cet éphémère succès populaire, de cette mode capricieuse. » D'abord « parce qu'il se pourrait que dans l'avenir, les routes ne fussent plus assez bien entretenues pour l'évolution de la bicyclette ». A défaut d'autre, cette raison doit suffire. Il est certain que si terre lui manque...

Mais faisant peu de fond sur cette détérioration de la chaussée, le rédacteur invoque une autre perspective. « Supposez qu'un véhicule électrique à bon marché, pouvant porter plusieurs personnes et de nombreux paquets vienne à être construit, la bicyclette ne pourrait soutenir la concurrance. »

Croyez-vous ? Mais c'est qu'il ne songerait pas un instant à y monter dans la *concurrence*, lui, le bicycliste pur sang, que je viens de dépeindre. Pourquoi pas lui offrir un fiacre à l'heure à cet intrépide qui n'a ni but pressé, ni rendez-vous d'affaires, qui n'enfourche la sellette que pour satisfaire à la soif innée de maîtriser l'espace par son seul et unique effort ? Laissez-le transport électrique au facteur, au commissionnaire, au villégiateur qui ont besoin d'arriver. Abréger le trajet !! Un vrai bicycliphile serait bien plutôt tenté de l'allonger.

Mais je n'en ai fini ni avec ce débat ni avec les *Débats*. Vingt lignes après avoir prophétisé sur la bicyclette : « Tout

cela passera ! » la même plume écrit : « La bicyclette a les deux qualités qu'exige notre époque de démocratie pressée : elle est rapide et égalitaire. »

Sans avoir l'indiscrétion de chercher à propos de bicyclette, quel lien, dans la pensée de l'auteur, unit l'arrêt de mort porté contre elle au jugement qui la qualifie de démocratique, voyons en quoi cette qualification est fondée ?

D'abord, s'il est un genre de sport *également* accessible à toutes les classes sociales, assurément ce ne doit pas être celui qui exige une dépense préalable de cinq ou six cents francs.

Mais si, dans le sens strict du mot ce véhicule n'est point égalitaire, je le tiens moi pour *égalisant*. Et voici comme.

Possédant sa bicyclette, ou possédé par elle, un jeune homme, — je l'ai dit, et cela doit être, — pousse mollement ses études classiques, celles nécessaires pour donner accès aux carrières dites libérales. Or, ce que celui-ci perd à courir les routes, à se pencher sur son guidon, l'autre, *celui qui n'a pas les moyens*, le gagne en se penchant sur son pupitre. De là tout naturellement, pour la classe qu'il représente, la prochaine conquête d'une supériorité qu'on lui abandonne, conquête dont les derniers palmarès, prenons-y garde, commencent déjà à témoigner.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS

LA MUSIQUE THÉRAPEUTIQUE. — La musique peut-elle, en certains cas, devenir un agent thérapeutique ? C'est ce que la Bible des Hébreux affirme de longue date par l'exemple du roi Saül, et ce qu'un aliéniste de Porstmouth, le docteur Blackman, a eu la curiosité d'examiner, après le Russe Dogiel.

D'un grand nombre d'observations recueillies au bagne de Portland, il appert que les effets de la musique s'exercent par action réflexe sur les centres nerveux qui gouvernent le cours du sang. Il en résulte une dilatation appréciable des vaisseaux sanguins et, par suite, une activité plus grande de la circulation, avec un sentiment de chaleur marquée. Le travail général de la nutrition étant étroitement lié à l'activité de la circulation, on doit considérer la musique comme un adjuvant de la nutrition des tissus et l'utiliser à l'occasion comme un agent thérapeutique d'une certaine valeur.

Ces résultats concordent avec les observations de Dogiel, qui se résument comme suit :

1. La musique exerce une influence sur la circulation du sang.

2. Cette influence se traduit, tantôt par une augmentation et tantôt par une diminution de la pression artérielle.

3. Presque toujours elle détermine, chez les animaux comme chez l'homme, une accélération des battements du cœur.

4. Les variations de la circulation produites par les sons musicaux coïncident avec des changements dans la fréquence des mouvements respiratoires.

5. Elles sont plus ou moins grandes selon le ton et l'intensité des sons.

6. Dans tous ces phénomènes, les particularités individuelles et même la nationalité sont des éléments appréciables.

Tous ces travaux devaient aboutir, selon l'usage anglais, à la formation d'une Société d'études, qui s'intitule la Gilde de Sainte-Cécile et reconnaît pour président un chanoine de Westminster, le révérend Harford. La nouvelle Société s'est proposé de vérifier sur un grand nombre de malades l'influence de la musique comme calmant physique et moral ; de former des musiciens infirmiers, toujours prêts à répondre à l'appel des médecins ; enfin, d'installer dans un point central de la métropole britannique, un « poste de secours musicaux », où des relais d'exécutants se succèdent nuit et jour pour transmettre les ondes sonores, par voies téléphoniques, à des salles déterminées de chaque grand hôpital.

Les expériences entreprises sur ces données ont déjà fourni des résultats intéressants. Un des plus notables a été de faire régner le silence dans les salles de chirurgie soumises à l'action musicale et de procurer aux malades les plus agités un sommeil réparateur ; à Helensburgh, un comité de dames infirmières s'est constitué pour faire tous les jours de la musique vocale et instrumentale aux opérés. Il a été constaté que la température de ces patients baissaient notablement et que leurs souffrances étaient manifestement allégées. Mêmes résultats à l'hôpital de Bolton. L'instrument qui paraît exercer l'action musicale la plus calmante est le violon. En beaucoup de cas d'insomnie on obtient des effets excellents d'une simple boîte à musique mise en jeu soit par un mouvement d'horlogerie, soit par un moteur électrique.

Si fantastiques que puissent paraître ces faits et les conclusions du docteur Blackman, on doit actuellement prévoir pour les musiciens sans emploi un débouché nouveau, qui sera celui de thérapeutes spéciaux, allant à domicile donner des séances anesthésiques auprès du lit de douleur des malades. La chose est déjà sortie, à Londres, du domaine de l'hypothèse et sans doute elle entrera bientôt dans les mœurs du continent.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Août.	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent.		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
27	748	0 m	746	7 s	+23.2	2 s	+13.1	5 m	53	34	0.0	6.1	12
28	747	12 s	745	6 s	+24.8	1 s	+10.7	5 m	57	35	0.0	5.2	31
29	748	9 m	745	12 s	+24.7	2 s	+11.6	5 m	59	32	0.0	5.4	10
30	745	0 m	743	12 s	+20.5	1 s	+14.6	7 m	83	64	0.0	3.1	20
31	744	12 s	741	4 s	+25.2	2 s	+14.2	1 m	62	47	0.5	1.7	24
1	748	12 s	744	0 m	+26.1	1 s	+14.4	6 m	67	42	0.0	4.9	23
2	750	12 s	748	5 m	+25.0	2 s	+10.6	5 m	73	54	0.0	3.5	21

MALADIES RÉGNANTES. — Le nombre des décès présente cette semaine une forte diminution. De 190 qu'il était la semaine précédente, il est tombé à 141. Pendant la période correspondante de l'année 1892, il avait été de 149.

C'est encore la phtisie pulmonaire qui donne le plus fort contingent mortuaire.

Les attaques d'apoplexie cérébrale sont en nombre plus considérable que d'habitude.

Comme maladie zymotique, nous avons à signaler la fièvre typhoïde et la rougeole. Cette dernière maladie, qui commence à diminuer de fréquence, a occasionné cette semaine deux décès.

On signale une assez grande quantité d'affections rhumatismales, quelques pneumonies et quelques pleurésies.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 2 septembre 1893, on a constaté 141 décès :

Fièvre typhoïde....	4	Catarrhe pulmonaire	1	Affections du cœur.	8
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	7	— des reins....	7
Rougeole..........	2	Pneumonie........	8	— cancéreuses.	9
Scarlatine........	0	Pleurésie.........	1	— chirurgicales	5
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	29	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup...	0	Autres tuberculoses.	5	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	4	Aut. causes de décès	10
Affect. puerpérales	2	Mal.cérébro-spinales	14		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	15	Naissances.......	144
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	3	Mort-nés........	8
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	2	Décès...........	141

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

CHORÉE RHUMATISMALE ; GUÉRISON EN 30 JOURS PAR LES INJECTIONS DE CÉRÉBRINE ;

Par M. le docteur MONTAGNON, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne.

Rivollier (Jean), 11 ans, écolier, demeurant à Saint-Étienne, entré le 25 mai 1893 pour une chorée rhumatismale.

Le père n'a pas eu de maladies sérieuses et n'est nulle-alcoolique.

La mère était très nerveuse, elle s'est suicidée, il y a trois ans dans un accès de fièvre chaude en se jetant dans un puits.

L'enfant a quatre frères ou sœurs bien portants et qui n'ont jamais été choréiques.

Sa première maladie date du mois dernier. Vers la fin du mois d'avril il a ressenti des douleurs dans la jambe gauche ; les articulations du genou et du cou-de-pied se tuméfièrent rapidement. Puis la jambe droite fut atteinte, ainsi que les membres supérieurs. Il eut franchement une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs persistèrent une quinzaine de jours.

L'enfant fut soigné par M. Montagnon.

Depuis deux semaines environ l'entourage du malade a remarqué que celui-ci était en proie à des mouvements bizarres des membres.

Le début se fit par le bras gauche qui était le siège de mouvements désordonnés mettant la main en pronation et en supination forcées. Bientôt ceux-ci gagnèrent le bras droit, puis les jambes, le cou et la tête.

Depuis trois jours, on constate de l'embarras de la parole. L'incoordination motrice croissant de jour en jour, on nous amène le malade.

État actuel : L'enfant présente une véritable folie musculaire généralisée à tout le corps, mais surtout prononcée aux extrémités.

La face grimace d'une façon continue.

Le malade parle avec beaucoup de peine, dans l'imossip-

bilité où il est de commander aux mouvements des lèvres. Il ouvre difficilement la bouche. Le tronc est animé de soubresauts fréquents qui soulèvent le malade de son lit.

Les membres sont constamment agités.

La préhension est difficile, l'enfant ne peut porter les aliments à la bouche, si bien qu'il faut que l'infirmier le fasse manger.

La marche est impossible; dès que l'enfant descend de son lit et veut faire un pas, les jambes s'entrecroisent, il titube et ferait une chute si on ne le retenait.

L'enfant s'endort difficilement, à cause des mouvements incessants auxquels il est en proie. Depuis trois jours il n'a pu goûter que quelques instants de repos.

Les réflexes sont exagérés des deux côtés.

Pas de troubles de la sensibilité, pas d'anesthésie pharyngienne.

La pointe du cœur est impossible à localiser à la palpation.

En ce point, et dans la moitié inférieure de la région rétro-sternale, on perçoit un léger souffle présystolique et un bruit de rappel très net.

Au niveau de la pointe, souffle systolique en jet de vapeur se propageant vers l'aisselle, couvrant notablement le premier temps dans la région de la pointe.

Le pouls est petit et régulier.

Rien du côté de l'appareil pulmonaire.

L'appareil digestif fonctionne bien.

La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût sont indemnes.

Pas de constipation, ni de difficulté de la miction.

Les urines, très troubles, ne contiennent pas d'albumine.

29 mai. Injection de 1 cc. de cérébrine au 1/20e.

Le malade est très pusillanime, la piqûre l'a beaucoup effrayé et a exagéré ses mouvements choréiques.

31 mai. 2e injection de 1 cc. de cérébrine au 1/20e.

Le malade, très impressionné par la piqûre, a accusé pendant ces trois jours une exagération des phénomènes nerveux avant ou après la piqûre. Il se plaint d'une sensation d'étouffement.

5 juin. 3e injection.

A partir de ce jour, injections quotidiennes.

9 juin. Amélioration des mouvements choréiques ; le ma-

lade peut porter les aliments à la bouche à l'aide de la main gauche. Depuis le début du traitement, la température rectale s'est maintenue entre 37°,2 et 37°,8.

13 juin. Deux injections par jour de 1 cc. chacune de cérébrine à 1/20°.

16 juin. Deux injections par jour de 2 cc. le matin et 1 cc. le soir, à 1/20°. De la main gauche l'enfant peut manger sa soupe sans le secours de personne. L'amélioration est très considérable, on ne constate plus que quelques faibles mouvements. La comparaison entre l'état à l'entrée et l'état actuel est frappante. L'enfant dort bien, marche facilement et parle sans difficulté.

Le côté droit est un peu moins amélioré que le gauche.

23 juin. Une injection par jour à 1/10°.

28 juin. L'enfant peut manger de la main droite; il ne bouge plus dans son lit et peut courir sans hésitation.

Deux injections par jour à partir d'aujourd'hui de 1 cc. chacune au 1/10°. Pas d'albumine dans les urines.

Au cœur : le souffle systolique de la pointe est à peine perceptible, le souffle présystolique a disparu, ainsi que le dédoublement du 2° bruit.

Est apparu un bruit de piaulement systolique qui se modifie par la position assise et s'entend mieux pendant l'inspiration.

2 juillet. On cesse les injections.

3 juillet. Le malade est en excellent état, il se promène toute la journée sans fatigue, ni incertitude dans les mouvements. Il parle aussi facilement qu'auparavant. Il dort bien. A l'auscultation, même signes que ceux qui ont été constatés le 28 juin.

En résumé, l'amélioration constatée précédemment n'a cessé de s'accentuer et le malade peut être considéré comme guéri.

Remarques. — Les injections (1) ont été faites au niveau de l'abdomen, de la face antérieure de la cuisse et dans la région lombaire; trois d'entre elles se sont accompagnées d'un peu d'érythème et de gonflement douloureux (à la cuisse en

(1) Les injections ont été préparées par M. Jacquet (de Lyon).

particulier), que j'attribue au grattage auquel se livrait le petit malade un peu craintif et indocile au début. Je n'ai jamais observé d'abcès, ni d'autres phénomènes inflammatoires, la stérilisation de la seringue étant faite chaque fois avec soin dans l'eau bouillante par M. Perdu, interne du service.

Ma pensée première dans ce cas a été d'étudier l'action de la cérébrine sur les mouvements choréiques, l'essai a pleinement réussi. Quant aux modifications survenues dans l'état du cœur, ce n'est qu'incidemment qu'elles ont attiré mon attention et que je les relate ici, frappé de l'amélioration des signes sthétoscopiques contre toute prévision.

Constantin Paul a d'ailleurs déjà étudié l'influence des injections de liquides organiques dans les cardiopathies en général qu'il aurait vues très souvent améliorées.

Pour ce qui concerne mon cas particulier, je me contente d'enregistrer le fait. Si on voulait cependant une explication, pourrait-on dire peut-être que les manifestations de la lésion cardiaque ont été rendues plus sensibles par la folie du cœur à un moment donné, que celle-ci ayant cédé comme celle des autres muscles sous l'influence des injections, les signes sthétoscopiques se sont parallèlement amendés.

Quoi qu'il en soit, mon petit malade a été délivré de sa chorée en 30 jours, et ce chiffre aurait été certainement abaissé si je n'avais été obligé de suspendre les injections du 1er au 5 juin par pénurie de tubes de cérébrine.

Je ferai observer en outre qu'à l'époque où le traitement a été appliqué, la maladie était en voie d'accroissement, tellement que les parents de l'enfant effrayés par l'aggravation rapide du mal se décidèrent sans plus tarder à le faire entrer à l'Hôtel-Dieu. C'est donc en pleine période de folie musculaire qu'ont commencé les injections.

Il suffit d'ailleurs de se reporter à notre observation pour se rendre compte de la rapidité de leur action et de l'amélioration graduelle des symptômes constatés à l'entrée.

Je dois avouer en terminant qu'au début je pratiquai ces injections avec peu d'enthousiasme, un peu désillusionné par un insuccès complet dans un cas de chorée hystérique datant de huit ans, chez une femme de 38 ans, et où la cérébrine, non seulement échoua, mais parut exagérer les mou-

vements pendant plusieurs heures après l'injection, qui, à maintes reprises, pratiquée le soir, était la cause d'une nuit passée dans l'insomnie et l'agitation, mais j'ai dû me rendre à l'évidence. Le résultat obtenu se comprend mieux d'ailleurs dans ce cas où la chorée était plus récente. Toujours est-il qu'il m'a paru assez net pour entraîner ma conviction et essayer de la faire partager à ceux de mes confrères qui voudraient faire bénéficier leurs malades d'un traitement sans danger et qui m'a donné le succès dont je viens d'avoir l'honneur d'entretenir la Société.

L'ALIMENTATION QUI PROCURE LE PLUS DE CHALEUR ET LE PLUS DE FORCE MUSCULAIRE, INTELLECTUELLE ET MORALE ;

Par le docteur Gallavardin.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

III

ALIMENTS QUI PROCURENT LE PLUS DE CHALEUR.

Dans les corps vivants, comme dans les corps bruts, la chaleur est produite par la combustion. Or, pour effectuer celle-ci, il faut nécessairement deux facteurs, des corps combustibles et un corps comburant, l'oxygène de l'air que nous respirons. Si l'oxygène entre en nous par le poumon, les aliments qui sont les combustibles, sont introduits en nous par l'estomac.

Dans ses *Lettres sur la chimie* (p. 226), Liebig dit très justement : « Le carbone des aliments, en se transformant dans le corps des animaux en acide carbonique, dégage exactement autant de chaleur que s'il brûlait dans l'air ou dans l'oxygène ; la seule différence, c'est que la quantité de chaleur produite se répartit dans des intervalles de temps inégaux. Dans l'oxygène pur la combustion se fait d'une manière plus rapide et la température est plus élevée ; dans l'air (qui dans 100 parties contient 79,1 d'azote et seulement 20,95 d'oxygène), la combustion est plus lente et la température moindre ; mais aussi elle se maintient plus long-

temps. » De même aussi, dans l'organisme vivant, la combustion est encore plus lente, la température aussi moindre, mais elle se maintient plus longtemps dans le corps, qu'elle réchauffe et ne consume pas. »

Par un froid léger, la combustion pulmonaire augmente de 1/6ᵉ, et par un froid plus vif de 1/5ᵉ ; on le voit donc, le corps vivant, pour se maintenir dans son état normal, doit produire 15 °/₀ et même 20 °/₀ de chaleur de plus qu'à l'ordinaire à mesure que le froid devient plus intense. Cela nous explique pourquoi en hiver nous sommes obligés d'introduire dans notre corps plus d'aliments, c'est-à-dire plus de corps combustibles.

Mais, si nous sommes instruits et bien avisés, nous consommerons de préférence les aliments qui produisent le plus de chaleur et surtout à mesure que le froid devient plus intense. Mais quels sont les aliments les plus calorifiques ? C'est ce que vont nous apprendre les auteurs classiques suivants.

Dans ses *Nouvelles Lettres sur la chimie* (p. 149), Liebig nous enseigne que, pour maintenir le corps à la même température à temps égal et à dépense égale d'oxygène, il faut la quantité respective des aliments suivants :

100 de graisse.
240 d'amidon ou de fécule.
249 de sucre de canne.
263 de sucre de raisin ou de sucre de lait.
770 de chair musculaire fraîche sans graisse.

D'après ces chiffres, ajoute-t-il, 1 kilog. de graisse produit autant de chaleur que 2 kil. 2/5 d'amidon, que 2 kil. 1/2 de sucre de canne et que 7 kil. 7/10 de viande dégraissée.

D'après Voit et Pettenkofer, 100 gr. de graisse produiraient autant de chaleur que 170 ou 180 gr. d'aliments hydrocarbonés (féculents et sucre).

Dans son *Traité de physiologie* (3ᵉ édition, t. II, p. 449), le professeur Beaunis (de Nancy), nous apprend que les aliments produisant le plus de chaleur dans l'organisme, sont, par ordre d'importance :

1° Les matières grasses ;
2° Les hydrocarbonés (féculents et sucre) ;
3° Les albuminoïdes (viande).

La valeur de cet enseignement théorique va être confirmée par l'expérimentation sur l'homme et sur les animaux.

Ainsi dans sa *Physiologie comparée* en quatorze volumes, monument d'érudition que l'Europe savante nous envie, Milne-Edwards nous relate (t. II, p. 586) les expérimentations suivantes faites sur des poules et sur des chiens.

Des poules ne produisaient que 636° de chaleur quand elles étaient nourries exclusivement avec de la viande ; et elles produisaient 821° de chaleur quand elles étaient nourries avec des grains ; dans ce dernier cas, elles produisaient 25 °/₀ de chaleur de plus.

Un chien nourri avec de la viande, produisait 743° de chaleur et, quand il était nourri avec du pain et de la graisse, 913° de chaleur, soit aussi, dans ce dernier cas, environ 25 °/₀ de plus.

Les Lapons, Samoyèdes, Esquimaux, qui habitent vers le Pôle nord, n'y peuvent résister à un froid de 40 à 50° qu'à la condition de consommer journellement deux à trois kilogrammes de poisson contenant plus d'un litre d'huile de poisson.

Sous le premier Empire, un Lyonnais, en faisant la guerre en Allemagne, y avait vu les habitants consommer beaucoup de matières grasses pour se préserver du froid. Il conseilla à son petit-fils de faire de même pendant les hivers rigoureux. Celui-ci eut une trop belle occasion d'expérimenter ce régime en 1870, quand il était à l'armée de Chanzy dans l'ouest de la France. En fait de matières grasses, il n'avait que du lard à sa disposition ; quand il n'en consommait que pendant un jour ou deux, il avait aussi froid ; mais, s'il en consommait pendant cinq ou six jours de suite, il ne souffrait plus du froid.

Voilà un exemple à suivre par les jeunes gens qui désormais seront tous militaires et dès lors exposés à des froids très-intenses ; qu'ils s'habituent dès l'enfance à digérer la graisse de viande, le lard, la moelle des os, le beurre, l'huile, le lait et généralement toutes les matières grasses qui développeront en eux chaleur et force.

A ces matières thermogènes, il faut ajouter les potages de farine de maïs et de gruau d'avoine qui contiennent, le premier quatre fois plus, et le second trois fois plus de matières

grasses que le froment. Il faut y ajouter encore le chocolat, à la condition qu'il contienne 60 % de beurre de cacao, et le cacao à la condition qu'il contienne 45 à 50 % de matières grasses.

Après les matières grasses en général, ce sont les féculents et les matières sucrées qui produisent le plus de chaleur ; on devra donc en augmenter la consommation pendant les hivers rigoureux.

Pour se préserver du froid pendant cette saison, on devra ou supprimer ou diminuer autant que possible l'usage des boissons alcooliques, du café, du thé, du tabac, de la kola qui produisent tous un abaissement de la température normale de l'homme. Dans son volume fort instructif sur les *Aliments d'épargne*, un professeur agrégé du Val-de-Grâce, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon, le docteur Marvaud, a démontré cette assertion à l'aide des expérimentations suivantes.

Après avoir placé, pendant vingt minutes, un thermomètre sous l'aisselle pour prendre sa température, il buvait de l'eau-de-vie, et quinze minutes après cette ingestion, il survenait un abaissement de température de 5 à 8 dixièmes de degré, abaissement qui continuait et augmentait pendant plus d'une heure (p. 233).

Le professeur Tardieu cite un ivrogne égaré dans les rues pendant une nuit d'hiver et dont la température avait baissé de 11 degrés.

On comprend dès lors pourquoi les religieux de l'Hospice du mont Saint-Bernard observent des cas de congélation, surtout chez les voyageurs ayant abusé de boissons alcooliques et pourquoi aussi ces boissons ont contribué à la mort de nombre de soldats pendant la campagne de Russie.

Le docteur Marvaud a constaté sur lui-même que, après avoir bu une infusion froide de café, sa température baissait de 4 à 6 dixièmes de degré (p. 311).

Le docteur Marvaud a constaté aussi de la même manière un abaissement de la chaleur après avoir bu du thé à la température ordinaire (p. 329.)

Grâce à l'application du thermomètre sous l'aisselle, nous savons maintenant que les boissons alcooliques (vin, eau-de-vie, etc.), le café, le thé nous refroidissent au lieu de nous

réchauffer. Ces boissons provoquent une excitation de notre cerveau, du cœur, de la respiration ; excitation que nous avons pris jusqu'ici pour de la chaleur. Cette excitation est momentanée, courte et suivie de la sensation opposée d'affaissement qu'on ne peut dissiper que par de nouvelles doses de ces boissons excitantes.

IV

ALIMENTS QUI PROCURENT LE PLUS DE FORCE MUSCULAIRE.

On nous objectera peut-être que, en se privant plus ou moins complètement des agents du régime prétendu tonique (viande, alcooliques, café, thé) on s'affaiblirait pendant ces hivers rigoureux. C'est précisément le contraire comme vont nous l'apprendre les autorités scientifiques.

Conformément à la loi de la transformation des forces, 12 °/₀ de la chaleur produite dans les corps bruts se transforment en force, et 18 °/₀ dans les corps vivants. Aussi, dit Milne-Edwards (t. X, p. 510), le moteur vivant est, sous ce rapport, supérieur aux moteurs mécaniques, les plus perfectionnés. On peut dire néanmoins que les lois du mouvement mécanique des corps vivants sont les mêmes que les lois du mouvement mécanique des corps bruts. Aussi, écrit avec raison le docteur Marvaud (p. 126) : « Pas de travail sans chaleur, pas de chaleur sans aliment thermogène. » Dès lors, on voit, d'après l'enseignement de Liebig et de Frankland, que la partie maigre de la viande, produisant huit fois moins de chaleur que la graisse, produit aussi huit fois moins de force. Aussi, dans son livre : *Des maladies par ralentissement de la nutrition* (p. 228), un Lyonnais, professeur à la Faculté de médecine de Paris, le docteur Bouchard, dit avec raison : « Je ne veux pas qu'on fasse du travail musculaire avec la viande ; le travail musculaire doit se faire avec du pain et de la graisse. Je veux que cette richesse (la viande) soit économisée et qu'on ne crée pas aux classes nécessiteuses des besoins factices et coûteux. Les médecins sont complices de cette grande erreur économique ; c'est à eux qu'il appartiendrait au contraire de faire connaître la vérité, de montrer quel abus on fait des viandes et quel préjudice en résulte, non seulement pour la richesse publique, mais encore pour la santé publique. »

Le conseil donné par le professeur Bouchard est suivi inconsciemment par les gens qui font le plus de travail musculaire. Ainsi, dit le docteur Marvaud (p. 119), tandis que la consommation annuelle de la viande par habitant est de 75 kilogr. à Paris et de 54 kilogr. dans les autres villes, elle n'est que de 5 à 6 kilogr. chez les gens de la campagne livrés aux plus rudes travaux musculaires.

Il en est de même en Angleterre, comme le raconte le professeur Frankland (de Londres), dans sa conférence reproduite dans la *Revue du cours scientifique* (1867, p. 90). « Le gras, dit-il, entre pour une grande proportion dans la nourriture du paysan de Lancashire ; outre le lard qui constitue leur principal aliment animal, ils consomment une grande quantité de ce qu'on a appelé, nous ne savons pourquoi, *chaussons aux pommes*, car ces chaussons ne contiennent ordinairement pas de fruit du tout et consistent en une pâte fortement imprégnée de graisse de bœuf.

« Les pâtés aux œufs et au lard, les pâtés aux pommes de terre, sont aussi les pièces de résistance les plus communes pendant la moisson et chaque fois qu'on demande aux hommes un rude travail. Je me rappelle avoir été très impressionné par les dîners des ouvriers terrassiers qui construisaient le chemin de fer de Preston à Lancaster : ils consistaient en épaisses tranches de pain surmontées de gros blocs de lard où l'on voyait à peine un peu de maigre. Le docteur Picard (ancien professeur de physiologie à la Faculté de Lyon) constate que les chasseurs de chamois de l'ouest de la Suisse, quand ils partent pour leurs longues et pénibles excursions, ont l'habitude de n'emporter comme provisions, que du gras de lard et du sucre, parce que, disent-ils, ces substances sont plus nourrissantes que la viande. Ils trouvent que ce sont, sous un petit volume, les substances les plus fortifiantes. Ils ont raison, ajoute le professeur Frankland, car 0 liv. 55 de gras feront accomplir le même travail que 1 liv. 15 de fromage de cheshire, que 1 liv. 3 de farine de froment ou de pois, que 3 livres 1/2 de maigre de bœuf et que 5 livres de pommes de terre. » Conséquemment la graisse de viande et la moelle des os permettent d'accomplir sept fois plus de travail musculaire que la partie maigre de la viande.

V

Pour démontrer que la viande nourrit mieux et donne plus de forces que les autres aliments, on cite les deux faits suivants : le premier relaté par Michel Lévy (*Traité d'hygiène*, 1862, t. 1, p. 279) et par Milne-Edwards (t. 8, p. 226), et le second par J. Béclard.

En 1841, les travaux de terrassements pour la construction du chemin de fer de Paris à Rouen étaient faits par des ouvriers anglais et français. Les Anglais consommaient journellement 660 grammes de viande, 700 grammes de pain, 1 kilogramme de pommes de terre et 2 kilogrammes de bière. Les ouvriers français, employés à ce même travail, ne mangeaient que peu de viande et se nourrissaient principalement de pain et de légumes. Ils faisaient moins de besogne que les ouvriers anglais, mais ils en firent autant quand ils furent nourris de la même manière.

« Les ouvriers, dit J. Béclard (*Physiologie*, 1855, p. 34), employés aux forges du Tarn, ont été pendant longtemps nourris avec des denrées végétales. On observait alors que chaque ouvrier perdait en moyenne, pour cause de maladie ou fatigue, quinze jours de travail par an. En 1833, M. Talabot, député de la Haute-Vienne, prit la direction des forges. La viande devint la partie importante du régime des forgerons. Leur santé s'est tellement accrue depuis, qu'ils ne perdent plus que trois journées de travail par an. La nourriture animale leur a fait gagner douze journées de travail par homme. »

La viande, introduite dans l'alimentation de tous ces ouvriers, contenait bien au moins 12 pour 100 de graisse, soit 120 grammes de graisse par kilogramme de viande. Or, comme d'après l'estimation plus haut citée de Liebig, 100 grammes de graisse développent autant de chaleur que 770 grammes de la partie maigre de la viande, on peut en conclure que c'est surtout la graisse de cette viande qui a contribué à l'accroissement de la chaleur et par conséquent de la force chez tous ces ouvriers.

Michel Lévy et Béclard ont donc commis une erreur en citant ces deux observations pour démontrer la supériorité nutritive de la viande, car celle-ci renferme deux parties — la portion maigre et la graisse — qui ont des propriétés diffé-

rentes et même opposées. Sur ce point ces deux médecins auraient dû suivre le conseil de Buffon : « Distinguer beaucoup, c'est savoir beaucoup » : c'est ce qu'ont fait judicieusement le professeur Frankland et le professeur Bouchard ; le premier en nous racontant plus haut comment se nourrissent les cultivateurs et les ouvriers anglais ; le second en nous disant que les hommes, adonnés au travail musculaire, doivent se nourrir non de viande, mais de pain et de graisse.

On voit dès lors l'erreur hygiénique que l'on commet en dispensant certaines personnes de l'abstinence de la viande que leur religion leur imposait jadis, et cela fort à propos pour certains sujets qui, d'après les observations du professeur Regnault, de Rennes, ne peuvent pas supporter la continence quand ils mangent de la viande. (*L'Art médical*, I.)

Le directeur d'un pensionnat d'enfants, âgés de six à quatorze ans, me disait que, chaque année, seulement pendant les quinze à vingt jours de printemps où la sève monte le plus activement dans les végétaux, ces enfants étaient très agités, hormis le vendredi où ils ne mangeaient pas de viande. Si les sujets, dont parle le docteur Regnault, sont agités de même en pareil cas, on présume ce qui doit alors arriver.

Les médecins, qui ont contribué indirectement à la suppression de l'abstinence de la viande, l'ont fait au détriment de la santé publique, comme nous l'apprennent le professeur Bouchard et le docteur Leven.

VI

Pour nous renseigner sur la valeur nutritive de cette partie maigre de la viande et sur la valeur nutritive des matières grasses, des aliments hydrocarbonés (féculents et sucres), Milne-Edwards, nous cite (t. IV, p. 82) une expérimentation comparative démontrant bien que plus un aliment produit de chaleur dans le corps vivant, plus il y produit de force. Cette expérimentation a été faite par deux physiologistes de Vienne, MM. Lichtenfels et Frœlich.

Ils ont constaté sur eux-mêmes que, après un repas à la viande, l'accélération des battements du cœur avait lieu plus tôt ; et que, après un repas fait avec les matières grasses, féculentes, sucrées, l'accélération des battements du cœur

avait lieu plus tard, mais elle était plus intense et plus prolongée : c'est ce que pouvait nous faire prévoir l'expérience précitée sur les poules et les chiens. Comme le cœur est une sorte de corps de pompe qui projette le sang et la vie dans toutes les parties de l'organisme, il y a donc avantage à consommer de préférence les trois aliments de la seconde catégorie qui lui procurent une force plus intense et plus prolongée et sont dès lors véritablement plus fortifiants.

En comparant les propriétés de ces deux catégories d'aliments on comprend qu'un médecin israélite, auquel sa religion ne prescrit pas l'abstinence de la viande, le docteur Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, à Paris, ait pu écrire dans son livre sur *La Névrose* : « La viande n'est pas un aliment, mais un excitant du cerveau et des centres nerveux. » Conformant sa pratique à cette doctrine, il a pu guérir bien des clients uniquement en les faisant renoncer à leur prétendu régime tonique (viande, alcoolique, café, thé), qui avait surmené leur système nerveux, déjà surexcité. Il est assez piquant de voir, à cette occasion, nombre de prêtres et de religieuses guéris par ce médecin israélite bien mieux avisé alors que leurs médecins antérieurs.

Le bouillon de viande, lui-même, est aussi un excitant et non un aliment, comme l'a démontré le professeur Bouchardat, en retrouvant dans les urines la gélatine et les sels de bouillon ingéré. Celui-ci ne fait donc que traverser l'organisme auquel il ne laisse aucune partie constituante.

Par l'exemple suivant, je vais montrer de quelle façon agissent viande et bouillon sur l'organisme vivant.

Le chef d'une grande maison de commerce, présumant avec raison que la tasse de café au lait, ingérée par lui chaque matin, lui provoquait ses deux ou trois accès de migraine par semaine, renonça complètement à cette boisson. Dès lors son cerveau, privé de cet excitant artificiel, fut incapable de tout travail pendant un mois, au bout duquel il recouvra toute sa puissance de travail et même bien plus grande et plus naturelle, puisqu'elle ne présentait plus des alternatives de hausse et de baisse, comme cela arrive après l'usage de tout excitant.

De même après avoir renoncé brusquement à l'usage de la viande, beaucoup de gens, ainsi privés de leur excitant

journalier, éprouvent une faiblesse de corps et d'esprit pendant une, deux ou trois semaines, au bout desquelles ils recouvrent leurs forces d'une façon plus intense et plus persistante.

VII

ALIMENTS QUI AUGMENTENT LA PUISSANCE INTELLECTUELLE.

Quand on est arrivé à se déshabituer de la viande, la puissance et l'activité intellectuelle sont même plus grandes, comme l'a constaté un médecin par plusieurs expérimentations sur lui-même et particulièrement sur l'un de ses fils.

Croyant peu aux assertions des auteurs qui généralement se copient les uns les autres en paraphrasant ou en résumant leurs devanciers, ce médecin a voulu connaître la valeur du régime végétarien, si décrié par les uns, si vanté par les autres. Dans ce but et à partir de l'âge de 56 ans il a fait sur lui-même trois expérimentations : la première pendant huit mois, la seconde pendant trois mois, et la troisième pendant vingt-cinq mois de suite. Expérimentations, pendant lesquelles ils s'abstenait complètement d'alcooliques, de café, de thé, de viande, de poissons, et même d'œufs seulement pendant la troisième expérience.

Ce régime a si bien maintenu et même accru son activité corporelle et intellectuelle, qu'il l'a continué depuis lors, n'y renonçant que momentanément, par exemple, quand il dîne en ville. Grâce à ce régime non excitant, mais fortifiant, il peut, chaque jour, travailler jusqu'à onze heures du soir, et cela encore à l'âge de soixante-huit ans.

Son fils précité avait été placé interne dans un pensionnat, dès l'âge de cinq ans, pour occuper sa précoce activité intellectuelle. Après quelques semaines d'internat, on vit les joues de cet enfant pâlir et maigrir. Était-ce sous l'influence de la claustration ou d'un travail cérébral trop continu pour son jeune cerveau ? Son père, qui, déjà antérieurement, l'avait mis à l'eau pure pour toute boisson, lui conseilla, quand on servirait de la viande, de n'en pas manger la partie maigre, mais seulement la graisse. Sept jours après avoir suivi le nouveau régime, ses joues devinrent roses et pleines ; et il put dès lors continuer, avec une santé normale,

ses études scolaires. La durée de celle-ci fut peut-être abrégée d'un ou deux ans parce que ce régime permit ainsi à son jeune cerveau de supporter un travail continu et prématuré. Du reste sa vigueur corporelle égale sa vigueur intellectuelle, puisque, après avoir obtenu trois diplômes de bachelier, à l'âge de dix-sept ans, il peut faire, en bicyclette, un trajet de 60 à 70 kilomètres en 6 à 7 heures.

Beaucoup de partisans du prétendu régime tonique auraient essayé, en pareil cas, de fortifier cet enfant en lui donnant un peu de vin. Il serait peut-être arrivé alors ce que j'ai observé chez un de mes clients, âgé de 29 ans, atteint de couperose et buvant à ses repas du vin mélangé avec trois quarts d'eau. Je lui conseillai, pour guérir plus rapidement de sa couperose, de ne boire que de l'eau pure à ses repas. Ce fut avec une véritable répugnance qu'il suivit mon conseil, comme tout bon Français croyant qu'on ne peut pas vivre sans vin. Mais quelques semaines plus tard, il m'en remercia vivement en me disant : « Depuis que je ne bois que de l'eau pure à mes repas, mon odorat et mon goût ont triplé de finesse, et, fait inattendu, mes idées sont plus nettes et mon travail de tête plus facile pour mes occupations de comptable. »

Du reste, les alcooliques diminuent autant l'activité musculaire que la puissance intellectuelle. C'est ce que démontre l'expérience suivante de M. Parketa, de Nettley, rapportée par M. Henri de Parville dans le *Journal des Débats* du 24 novembre 1887.

M. Parketa prit deux bandes de soldats de même âge et de même force et les soumit à un ouvrage avec une paye *proportionnelle* au travail effectué, donnant aux uns des alcooliques et d'autres boissons aux autres. Au début, la troupe alcoolique fit plus de besogne. Quand ses hommes commencèrent à se fatiguer, ils recoururent aux boissons alcooliques. Mais l'effet de celle-ci finit par s'épuiser, et à la tombée de la nuit, la troupe abstinente avait fait plus de travail et gagné plus d'argent. La bande des alcooliques voulut essayer de l'abstinence et gagna alors autant d'argent que les abstinants.

Il faut reconnaître néanmoins que si les alcooliques sont nuisibles avant et pendant le travail ou l'étape, ils

peuvent être très utiles après le travail ou l'étape, car, pris alors en petite quantité, ils délassent en dissipant la fièvre de la fatigue, comme le ferait alors l'*aconit* ou tout autre médicament.

Après avoir lu les observations précitées, on est porté à se demander si l'usage du café, du vin, de la viande même, chez des écoliers, très sensibles à leur action, n'entrave pas leur lucidité et leur activité intellectuelles.

Ces effets des alcooliques amoindrissant la puissance musculaire et intellectuelle sont expliquées par la loi de la transformation des forces. Car, ainsi que Proust l'avait démontré en 1813, raconte M. de Parville, le vin diminue l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons et par conséquent la combustion organique, source de chaleur et de force ; et dès lors le vin doit pareillement diminuer la puissance musculaire et intellectuelle, c'est ce qu'ont démontré les expériences plus haut citées.

Sans connaître cette loi de la transformation des forces, les pythagoriciens l'avaient utilisée avec succès, il y a plus de deux mille ans, en s'abstenant de viande et de vin. Ainsi, dans la lettre 108 à Lucilius, Sénèque lui écrivait que, à l'époque où il suivait leur régime végétal, il lui semblait avoir l'esprit plus agile : *agiliorem mihi animum esse credebam*, lui écrivait-il. Cela n'est pas étonnant, car, pour le cerveau comme pour le corps en général, l'aliment qui produit le plus de chaleur est aussi celui qui produit le plus de force, puisque, je le rappelle, 18 pour 100 de la chaleur produite se transforment en force.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de juillet 1893. — **Présidence de M. Cordier.**

DOUBLE OBSTRUCTION INTESTINALE.

M. Durand, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. M. Pollosson, suppléé par M. Vallas. Il s'agit d'un malade entré pour une obstruction intestinale datant de huit

jours et ayant débuté assez brusquement. M. Vallas, en pratiquant l'incision de la cœcostomie, eut la précaution d'introduire auparavant une main dans l'abdomen, et en tirant sur l'intestin il eut la sensation d'avoir levé un obstacle. Il se produisit un gargouillement assez analogue à celui que l'on perçoit quelquefois au moment de la réduction d'une hernie. L'intestin attiré au dehors était en assez bon état, mais on voyait à sa surface la trace d'un étranglement serré. M. Vallas crut pouvoir refermer l'abdomen sans inciser l'intestin. Le malade fut très long à se réveiller. Il resta dans un état demi-comateux pendant plusieurs heures. Lorsqu'il se réveilla il présenta encore tous les signes de l'occlusion. Il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie on trouva qu'il existait encore un étranglement produit par un diverticule intestinal qui s'insérait au voisinage de la valvule iléo-cæcale, ce diverticule était clos, une sonde ne pouvait pas y pénétrer. L'étranglement était assez serré.

M. Vallas dit qu'il n'avait pas pensé tout d'abord à une occlusion par bride, mais plutôt à un cancer intestinal. Il se demande si, après avoir dégagé l'intestin de la bride qu'il avait sentie, il s'est engagé immédiatement une autre anse dans la même bride, ou bien s'il ne faut pas admettre un double étranglement, l'un qui avait été détruit par l'opération et l'autre qui persistait encore.

M. Poncet demande si on avait fait l'anesthésie mixte. L'année dernière il a observé plusieurs cas où il se passa un fait semblable à celui qu'a décrit M. Vallas, lorsqu'il dit que le malade resta plusieurs heures après l'opération dans un état demi-comateux. On avait pensé que ces anesthésies prolongées pouvaient tenir, soit à une altération des solutions de morphine, soit à la formation de substances toxiques nouvelles par le mélange d'atropine, de morphine et d'eau de laurier-cerise. Mais M. Hugounenq ne trouva rien dans les solutions qui pût expliquer une action physiologique différente de celle que l'on obtient habituellement. Il faut donc supposer qu'il y a chez certains malades une idiosyncrasie qui les rend plus sensibles que d'autres à l'action de la morphine.

M. Aubert dit qu'il a fait un très grand nombre d'anesthésies mixtes, et qu'il n'a jamais eu d'anesthésie prolongée, mais il ne fait jamais d'anesthésie de longue durée, parce que dans son service il n'a pas à pratiquer de grandes opérations, comme celles que l'on fait à l'Hôtel-Dieu, et dont la durée dépasse quelquefois une heure.

M. Vallas ne croit pas qu'il faille incriminer l'anesthésie mixte dans le cas qu'il a relaté; le malade était très déprimé avant l'opération et le shock opératoire suffit à expliquer l'état demi-comateux qui a été observé.

M. PONCET ne croit pas que l'explication proposée par M. Aubert donne la clé des faits qu'il a signalés, attendu que parmi les malades qui ont présenté une prolongation de l'anesthésie, il y en avait qui n'avaient pas subi une anesthésie de longue durée.

M. GUINARD emploie constamment l'anesthésie mixte chez le chien, et a observé quelquefois des anesthésies prolongées dans les cas où il avait fait des injections de doses un peu fortes de morphine, et dans ceux où l'anesthésie avait été de longue durée.

M. MARDUEL fait remarquer que M. Aubert emploie le chloroforme alors que M. Poncet se sert de l'éther.

M. GUINARD dit qu'il a vu les mêmes accidents avec l'éther et avec le chloroforme.

M. LANNOIS lit un mémoire de M. MONTAGNON sur un cas de chorée rhumatismale traitée par la cérébrine.

(Voir page 73.)

LONGUE DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA DIPHTÉRIE.

M. TÉZENAS DU MONCEL fait une communication sur cinquante observations de diphtéritiques convalescents chez lesquels il a recherché le bacille de Löffler. Il a remarqué que dans tous les cas de coryzas persistants consécutifs à la diphtérie le mucus nasal renfermait des bacilles.

Il a observé des cas où dans la cavité buccale il y avait des bacilles au bout de 22, 33 et même 53 jours.

M. BARD se délare très heureux de ce travail dont les conclusions sont d'accord avec les faits d'observation qui témoignent de la longue contagiosité de la diphtérie. Il y a longtemps que M. Bard demande la création d'un asile de convalescents pour les diphtéritiques.

Mais M. Bard regrette que l'on ne rapproche pas les observations bactériologiques des résultats que l'on obtient par les enquêtes faites au sujet des cas qui ont réellement été le point de départ de contagions. Il se refuse à considérer la présence du bacille de Löffler comme une preuve suffisante de la contagiosité d'un cas de diphtérie, car les bacilles peuvent n'être pss virulents, il existe, d'après lui, des cas d'angine diphtéritique sans bacilles de Löffler.

M. COURMONT déclare que toute la discussion peut se résumer à la question de savoir si oui ou non les bactériologistes affirment sans preuve suffisante la spécificité du bacille de Löffler. Or ne pas admettre ce fait, c'est s'élever contre l'unanimité des auteurs qui ont étudié ce bacille. Quant à la méthode des enquêtes, il n'y a rien de plus imparfait et de plus incertain.

De ce qu'un cas de diphtérie est resté isolé et n'a donné naissance à aucun cas nouveau on ne doit jamais conclure que ce cas ne pouvait pas

contagionner. C'est à M. Bard à démontrer, ce qu'il est seul à soutenir, qu'il existe des angines diphtéritiques pouvant créer des foyers et qui sont produites par un autre microbe que le bacille de Löffler.

On peut évidemment se tromper et ne pas trouver des bacilles là où ils existent cependant ; mais malgré les quelques cas où de semblables erreurs ont pu se produire, il n'en est pas moins vrai que la bactériologie fournit actuellement aux cliniciens le moyen le plus sûr, le plus rapide de savoir si telle ou telle angine peut être le point de départ d'un foyer épidémique.

La méthode est excessivement simple, quoiqu'il faille néanmoins une certaine habitude des manipulations de laboratoire, mais tous les médecins peuvent acquérir cette pratique.

M. Icard demande si les malades atteints de coryza et dont M. Tézenas a parlé suivent le traitement à la Charité. Il rappelle les observations que M. Lemoine a présentées à la Société il y a quelques mois et qui sont une preuve de la longue contagiosité de la diphtérie. Dans le cas qui avait été l'origine du foyer épidémique on avait tout désinfecté excepté le malade.

M. Lépine rappelle que le coryza post-diphtéritique est considéré comme cause possible d'une contagion depuis fort longtemps, et que c'était déjà une notion classique il y a trente ans.

L'un des secrétaires annuels, Dr L. Dor.

REVUE DES LIVRES

Un service spécial des maladies tuberculeuses,
par le docteur Coutenot. Besançon, 1893.

Un service spécial pour la tuberculose pulmonaire existe à Besançon, et le chef de ce service, M. le docteur Coutenot, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de cette ville, nous fait connaître dans une courte brochure les conditions de son installation : « Il comprend deux salles spacieuses, l'une renfermant 25 lits est exposée au midi; elle s'ouvre par de larges fenêtres sur une vaste promenade mi-plantée de grands arbres. A l'horizon s'élèvent deux montagnes, l'une boisée, l'autre couverte de cottages de plaisance ; le Doubs, au large cours, coule presque à leurs pieds. Nos malades sont ainsi inondés de soleil et de l'air du sud, tamisé par de hauts tilleuls; ils jouissent des musiques militaires et assistent à toutes les réjouissances urbaines.

« Une seconde salle contiguë prend son jour sur une cour intérieure, protégée contre les vents. Les 20 lits qu'elle

renferme sont réservés aux malades que les bruits du dehors, la chaleur des jours caniculaires pourraient incommoder.

« Un matériel, literie, lingerie, etc., etc., facile à désinfecter quotidiennement s'il est besoin, complète les mesures hygiéniques. »

Dans ce service ne sont reçus que les tuberculeux pulmonaires, qui seuls peuvent présenter des dangers d'infection. Encore ceux qui sont à la première période n'entrent-ils qu'après qu'une vérification faite au moyen du microscope a mis hors de doute l'existence chez eux de bacilles de Koch. Jusqu'à cette constatation ils sont soignés dans les salles communes. Leur prompt passage dans le service spécial, dès que leur expectoration renferme d'une manière indubitable des bacilles, a un double avantage : elle supprime absolument les chances qu'ils ont de contagionner des sujets sains dans la salle commune et elle empêche que le service spécial soit rempli uniquement de malades gravement atteints. Grâce à la présence de malades à la première période dans ce service, on peut facilement dissimuler son affectation et le dénommer simplement : *Service des maladies respiratoires*, d'autant mieux que les mots tubercule, phtisie, sont rigoureusement bannis de ce service. M. Coutenot insiste beaucoup sur ce point, et il a raison. Un service spécial n'est, au point de vue moral, admissible que si l'illusion est permise aux malades qui y entrent. La présence de phtisiques au premier degré, susceptibles d'amélioration, voire même de guérison, est donc indispensable. Grâce à elle les malades ne se considèrent pas comme perdus et les plus gravement atteints peuvent même renaître à l'espérance, si commune chez eux, comme on sait.

Il faut féliciter l'Administration des hospices de Besançon d'avoir, la première en France, réalisé dans l'hospitalisation et le traitement des malheureux phtisiques un *desideratum* universellement reconnu aujourd'hui et que l'Administration de l'*Assistance publique* à Paris est en train de réaliser à son tour. Il nous semble que dans l'hospice de Longchène, où la munificence de Mme Perret va créer un hôpital d'enfants, on pourrait élever aussi un autre bâtiment, celui-là pour les « maladies respiratoires ». Il y serait parfaitement placé et notre Administration hospitalière ac-

querrerait ainsi un nouveau titre à la reconnaissance de la population indigente de notre ville.

R. Lépine.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — On sait que la laparotomie est aujourd'hui le meilleur et peut-être l'unique traitement de la péritonite tuberculeuse. Partant de ce fait, M. Duran en a cherché l'explication. Pour lui, il paraît établi qu'à la suite de l'opération il s'opère dans la séreuse un travail irritatif, caractérisé principalement par une prolifération conjonctive qui conduit à l'encapsulation et à la crétification des bacilles et des produits pathologiques engendrés par eux. Quel est l'agent qui éveille cette réaction du péritoine ? L'évacuation du liquide peut y contribuer en donnant du repos à la séreuse infectée, mais cela n'est évidemment pas suffisant. — Pour l'auteur de ce travail l'agent de cette irritation nutritive doit être l'air atmosphérique, qui dans le cours de l'opération se met en contact avec toute l'étendue du péritoine. Il est sans doute le facteur qui convertit l'inflammation exsudative en une inflammation formatrice, laquelle finit par asphyxier les parasites qui colonisent à la surface de cette membrane.

Estimant donc que la laparotomie n'est pas nécessaire pour mettre le péritoine en contact avec l'air atmosphérique, il eut l'idée d'obtenir ce résultat par un moyen beaucoup plus simple, c'est-à-dire de pratiquer, après la paracentèse et l'évacuation du liquide, une injection d'air dans la cavité péritonéale. — Cet air, pour être privé de tous germes infectieux, doit traverser un appareil qui le rend complètement sec et aseptique et dont l'auteur donne la description. Il employa ce traitement avec succès chez deux malades. Le premier était atteint d'une péritonite tuberculeuse typique dont l'évolution rapide présageait une terminaison fatale à bref délai. Après la paracentèse il injecta toute la quantité possible d'air et le laissa séjourner pendant quelques minutes en pratiquant des manipulations qui avaient pour but de mettre en contact avec ce gaz tous les points de la surface péritonéale, de façon à faire recevoir au péritoine un véri-

table *bain d'air*. Bientôt il fit sortir la plus grande partie de l'air introduit et plaça un bandage légèrement compressif. La ponction avait donné issue à douze litres de liquide. — L'opération fut suivie d'une légère péritonite, avec soif et nausées, mais la température ne dépassa pas 38°,5. Le ventre resta tympanique pendant une semaine, après laquelle commença la résorption de l'air introduit. Le malade quitta l'hôpital au bout de six semaines, ne conservant plus des phénomènes anciens qu'une légère douleur à la palpation.

Encouragé par ce succès, M. Duran se décida à employer le même traitement chez un malade atteint à la fois de tuberculose dans le poumon droit et dans le péritoine. Cet homme présentait de plus une hernie ombilicale dont le sac était plein de liquide. Le chirurgien, après la ponction, l'introduction et l'évacuation de l'air, appliqua sur l'anneau ombilical un bandage compressif. Les suites furent plus simples encore que dans le cas précédent. Au bout de six jours, en levant le bandage on put constater que la peau de l'ombilic adhérait à l'anneau. L'occlusion rapide de cette ouverture herniaire confirme l'opinion qu'il s'est développé régulièrement une inflammation formative sur les surfaces qui ont été maintenues en contact. La technique de l'opération est très simple.

L'auteur conclut en exprimant l'espoir que la méthode proposée par lui pourra, dans beaucoup de cas, remplacer la laparotomie sur laquelle elle présente le grand avantage d'être inoffensive, à la condition de prendre toutes les précautions nécessaires.

Dans les cas rares de péritonite à forme sèche on ne pourrait pas employer le trocart; il faudrait alors pratiquer l'injection par un petit orifice ouvert, couche par couche, procédé dont l'application serait loin d'avoir l'importance de la véritable laparotomie. (*Revista de siencias medicàs de Barcelona* et *Siglo medico.*)

Sur l'immunité relative des indigènes musulmans de l'Algérie, vis-à-vis de la fièvre typhoïde, par M. Sésary (d'Alger). — Boudin a signalé, il y a déjà longtemps, la rareté de la fièvre typhoïde chez les indigènes algériens.

Plusieurs médecins militaires, se basant sur la faible proportion des fièvres typhoïdes dans le cadre indigène des régiments algériens vis-à-vis du cadre européen, ont constaté cette même immunité.

Le même fait s'observe dans les hôpitaux civils, et la statistique que j'apporte ici en fait foi. Sur 10.000 entrées environ à l'hôpital civil d'Alger, il y a 17 entrées par fièvre typhoïde sur 1.000 pour les Européens, et pour les Musulmans 1,3 pour 1.000.

Plus on y regarde de près par conséquent, plus cette immunité s'établit, au contraire de celle des mêmes musulmans pour la tuberculose. Et rien ne peut expliquer cette immunité parmi les conditions hygiéniques de la vie des indigènes. Ils nous sont plutôt inférieurs sous ce rapport, et c'est grâce à leur saleté, à la promiscuité de leur existence dans la maison et sous la tente, que le typhus exanthématique est endémique chez eux. Cette immunité relative paraît congénitale, comme celle des moutons algériens vis-à-vis du charbon bactéridien. (*Bulletin méd. de Paris*, 13 août 1892.)

Le stérésol. — M. Berlioz (de Grenoble) propose pour le traitement des affections des muqueuses et de la peau un nouveau vernis antiseptique, qu'il a baptisé du nom de stérésol, et dont voici la formule :

Gomme laque purifiée entièrement soluble dans l'alcool..........	270 gram.
Benjoin purifié entièrement soluble dans l'alcool..............	10 —
Baume de tolu.................	10 —
Acide phénique cristallisé.......	10 —
Essence de cannelle de Chine......	6 —
Saccharine....................	6 —

Alcoool. Q. s. pour un litre. — Mêlez.

Ce mélange, doué d'une action bactéricide très énergique, adhère d'une façon parfaite à la peau et aux muqueuses ; il a été employé avec succès à l'hôpital Trousseau, dans le traitement de la diphtérie, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Hallopeau), dans le traitement des affections tuberculeuses de la peau et de la langue, à l'infirmerie de Saint-

Lazare (service de M. Jullien), dans le traitement des eczémas anciens et des ulcérations ecthymateuses. (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 20 août 1893.)

Traitement par l'air surchauffé. — Voici une médication qui promet beaucoup. Tient-elle ses promesses ? M. Fabre l'affirme.

Il admet sa vertu préventive pour empêcher les bronchiteux de se tuberculiser. Il estime donc qu'au premier degré de la tuberculose et avant toute suppuration, l'air surchauffé aseptise le poumon et les premières lésions. A cette période, les hémoptysies et les vomiques ne sont pas des contre-indications.

Dans les phases avancées, cette médication serait encore, tout au moins, fort utile et procurerait des améliorations.

Elle consiste dans les inhalations d'air surchauffé à 150 ou 200 degrés et véhiculant des vapeurs de créosote. En pénétrant dans les bronches, la température de cet air n'a plus qu'une température de 40 à 43 degrés.

Inutile d'apprécier cette médication. Elle ne peut être qu'un adjuvant aux règles d'hygiène, à une alimentation réparatrice, à la vie au grand air, etc. Pas plus que les autres, elle ne constitue un traitement spécifique contre la phtisie et parasticide pour le bacille. (*Revue de clin. et de thérap.*, 23 août 1893.)

Les bains japonais. — D'après M. Burton (de Tokio), les bains chauds sont très en vogue au Japon. Chaque ville, chaque village possède des bains publics ouverts pour les pauvres à des prix infimes, tandis que les familles aisées ont leurs installations à bains chez eux. Dans les hôtelleries et auberges il y a également des bains pour les voyageurs. Ce sont des réservoirs d'eau oviformes ou carrés, pourvus à une des extrémités d'un large tube en cuivre dans lequel on brûle du charbon pour chauffer l'eau. Les bains sont ouverts du côté de la rue et hommes et femmes s'y décrassent en promiscuité sans blesser le sens moral des Japonais. La température de l'eau est de 43°,3 à 48°,8 C. (110-120° F.)

Tout le monde ne pouvant pas supporter une telle température assez longtemps, on a introduit une discipline rigou-

reuse dans ces bains. Au signal donné, tout le monde doit s'immerger dans l'eau et ne pas en sortir avant le deuxième signal. La température du corps qui était, avant le bain, de 36°,9 C., s'élève, au bout de cinq minutes de séjour dans de l'eau chauffée à 45°,5 C. jusqu'à 39°,1 C., mais revient à la normale au bout de dix minutes. En outre des bains chauds artificiels, on se sert beaucoup des sources naturelles si répandues au Japon. Ces sources contiennent de l'acide chlorhydrique et sulfurique en état de liberté et en très forte proportion (jusqu'à 1/4 p. 100), de l'hydrogène sulfureux (3 p. 1.000), du sulfure de l'arsenic (au millionième). Bien que les malades atteints d'affections de la peau ne soient pas enfermés dans des léproseries, il est d'usage qu'ils se réunissent dans des endroits spécialement réservés pour eux. On cite des cas de guérison, mais l'auteur fait remarquer avec raison que le traitement est plus souvent plus mauvais que la maladie elle-même. (*Hos baths and leprosy in Japon*, *Vratch*, 1893, n°23.)

Injections hypodermiques de sérum artificiel. — M. Chéron croit qu'il y a indication fréquente à relever la pression intra-vasculaire des malades par des injections hypodermiques de sérum artificiel; son injection est la suivante :

Sulfate de soude.........	8	grammes.
Phosphate de soude.......	4	—
Chlorure de sodium	2	—
Acide phénique neigeux...	1	—
Eau distillée stérilisée	100	—

(5 grammes pour une injection).

« J'ai constaté d'une façon permanente, dit M. Chéron, qu'il existe un groupe considérable de maladies (cardiopathies non compensées, hémorrhagies graves, shock, péritonite, pevi-péritonites aiguës ou chroniques, fièvres graves à forme adynamique, phtisie pulmonaire, neurasthénie, adynamie — par vitalité insuffisante, par surmenage — anémie, etc.), dont l'hypotension est un symptôme capital intimement lié à la maladie dont il reflète les fluctuations de la façon la plus fidèle. »

Pratiquement il faudrait, suivant M. Chéron, se munir

d'un sphygmomètre et l'appliquer à beaucoup de malades pour s'assurer de l'état de leur tension artérielle. Les injections hypodermiques devraient être faites à tous ceux chez lesquels on constate de l'hypotension.

En ayant soin de suivre l'état de la tension artérielle, pendant le traitement, on pourrait s'assurer des effets des injections et on aurait ainsi un moyen de savoir à quel moment on peut l'interrompre. (*Gazette des sc. méd. de Bordeaux*, 20 août 1893.)

Contre la malaria chronique. — Voici une formule préconisée par le docteur Wilson contre la malaria chronique avec hypertrophie marquée de la rate :

Sulfate de quinine	8 grammes.
Fer réduit par l'hydrogène.	8 —
Sulfate de strychnine.....	15 centigr.
Acide arsénieux..........	15 —
Extrait de gentiane.......	Q. s. p. 70 pilules.

On prendra tous les jours, pendant plusieurs mois, trois pilules.

On peut rapprocher de cette formule la suivante, très employée à l'hôpital de la marine à Rochefort, et que le docteur Bourrut a bien voulu nous communiquer. Elle lui a donné d'excellents résultats dans le traitement des vieilles fièvres intermittentes coloniales avec état cachectique.

Extrait mou de quinquina desséché.	3 gr.
Valérianate de quinine...........	30 centigr.
Lactate de fer....................	30 —

A prendre dans la journée en deux ou trois fois. (*La Méd. moderne*, 23 août 1893.)

Le paludisme en Sibérie. — Dans la séance du 14 avril de la Société des naturalistes et médecins de Tomsk (Sibérie), le docteur Borowkow a présenté des préparations d'hématozoaires de malaria faites avec le sang de deux malades de la clinique thérapeutique. C'est la première fois qu'on signale l'existence du paludisme en Sibérie, tout en fournissant des preuves scientifiques de la plus haute valeur. (*Vratch*, n° 23, 1893).

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LES VIDANGES D'AMSTERDAM.

Par M. le docteur E. CHAPPET.

Il y a quelques mois à peine, dans une très intéressante discussion sur la question des vidanges qui avait lieu à la Société nationale de médecine, M. Delore appelait l'attention sur le système des aspirations pneumatiques, système appliqué à Amsterdam grâce à l'initiative de M. Liernur. Me trouvant au commencement de juin dernier dans la capitale de la Hollande, j'ai pensé ne pas devoir négliger l'occasion qui se présentait à moi de me renseigner sur un point de cette grande question d'hygiène publique. Le temps me manquait pour étudier dans tous les détails l'emploi d'un système qui sans être nouveau n'est encore qu'imparfaitement connu, mais il me suffisait pour en éétudier l'ensemble et les dispositions fondamentales. Je me suis donc mis en rapport d'abord avec M. de Winckel, directeur du bureau d'hygiène d'Amsterdam, ensuite avec M. Sanches, ingénieur de l'usine et je suis heureux de témoigner ici ma gratitude à ces deux savants pour toute l'obligeance et toute la courtoisie avec lesquelles ils se sont mis à ma disposition et m'ont fourni tous les renseignements et toutes les explications désirables. J'ajoute que l'un et l'autre parlent très correctement la langue française.

L'inventeur du système est connu sous le nom de capitaine Liernur, parce qu'il servit comme officier du génie dans l'armée fédérale pendant la guerre de la Sécession.

Revenu d'Amérique après y avoir perdu une de ses jambes, il redevint ingénieur civil dans sa patrie, et en 1865 commença à mettre en avant le système de l'aspiration pneumatique dans son application aux vidanges.

Le problème à résoudre consiste à évacuer à bref délai les matières excrémentitielles sans que les tuyaux qui les enlèvent influencent jamais le sol ni l'atmosphère. Il s'agit pour cela de les faire circuler dans une canalisation métallique absolument fermée, sauf les points de départ et d'arrivée. Le cheminement ne pouvait se faire dans de pareils conduits

que sous l'influence de l'aspiration ou de la propulsion pneumatique. En appliquant le premier de ces moyens on exécutait en grand et sur un long parcours ce qui se faisait antérieurement et ce qui se fait encore sur des petits trajets, quand on fait communiquer par des tuyaux le contenu d'une fosse fixe avec des tonneaux dans lesquels on a opéré le vide. On appelait cela autrefois le système *barométrique*. Liernur a appelé son système *différenciateur*, parce que les diverses fonctions qu'un ensemble d'égouts perfectionnés est appelé à accomplir sont différenciées, c'est-à-dire traitées par des voies séparées.

En d'autres termes les eaux pluviales, ménagères et les rebuts d'industrie ont une canalisation particulière, le réseau *pneumatique* étant seulement destiné au transport des matières déversées dans les cabinets. Ainsi que le fait justement observer M. Arnould (dictionnaire de Dechambre, article *Égouts*). Cette canalisation est la seule qui ait été construite à Amsterdam, et encore, comme nous le verrons plus loin, n'est-elle appliquée que dans une partie de cette capitale.

Les tuyaux d'aspiration ne sont donc point appelés à transporter autre chose que les matières solides et liquides, envoyées dans les cabinets et il importe au bon fonctionnement du système que ces matières ne soient pas mélangées à une trop grande quantité d'eau.

Aussi les ingénieurs hollandais se sont-ils appliqués à réduire à une proportion raisonnable la masse de ce liquide qui peut être déversées dans les cuvettes. M. de Winckel est l'inventeur d'un réservoir très ingénieux qui reçoit l'eau de bas en haut et qui par le fait de l'air qu'il contient ne peut jamais être rempli; de plus le liquide n'y pénètre que lentement et cesse de pénétrer dès qu'on ne tient plus avec la main, le robinet de communication.

Voici maintenant en quoi consiste le système dont je ne veux tracer que les grandes lignes.

Dans chaque maison le tuyau de descente des cabinets aboutit à un premier petit réservoir situé dans le sous-sol, lequel est en communication avec un réceptacle beaucoup plus grand nommé *réservoir de rue*. Ces réservoirs, dont je ne pourrais fixer la contenance, ont une dimension assez considérable, puisque pour desservir une population de 56,000

Coupe horizontale

air

Eau

Cuvette

Tuyau d'arrivée

Tuyau de sortie

habitants, il n'y en a que 31, soit un pour 1,806 personnes.

Chacun de ces récipients métalliques est parfaitement étanche, est d'autre part rattaché à l'usine par deux grandes conduites dont l'une porte le nom de *tuyau magistral d'air* et l'autre celui de *tuyau magistral de transport*. Le premier a pour destination de faire le vide dans les réservoirs de rue et d'y attirer ainsi toutes les matières provenant des cabinets.

Une fois ces matières emmagasinées, elles sont aspirées et conduites à l'usine par le *tuyau magistral de transport*.

Entre le réservoir de rue et le tuyau magistral d'aspiration M. Liernur avait jugé nécessaire de faire décrire plusieurs courbes aux tuyaux de communication. On a reconnu depuis quelque temps l'inutilité de cette complication et dans les canalisations nouvellement établies on met en rapport le réservoir et le tube aspirateur par un conduit affectant une direction rectiligne.

Une machine à vapeur de la force de 66 chevaux, qui marche jour et nuit, suffit à faire le vide et les aspirations sur une longueur considérable, car on ne compte pas moins de cinq kilomètres entre l'usine centrale, située en dehors de la ville, et le réservoir le plus éloigné.

L'aspiration se fait si bien qu'on trouve souvent des corps étrangers au milieu des matières recueillies et même des fœtus, sur la provenance desquels il est impossible de se renseigner.

J'ai parlé d'une population de 56,000 habitants. C'est dire tout d'abord que le système Liernur n'est pas le seul en usage dans une ville qui, d'après les derniers recensements en compte plus de 400,000. Il est appliqué seulement dans des quartiers neufs et excentriques, situés à gauche de l'Amstel; ces quartiers occupent des terrains récemment conquis sur les eaux et beaucoup moins entrecoupés de canaux que ceux de l'ancienne ville. Dans la partie située immédiatement à gauche de l'Amstel fonctionne la canalisation définitive.

Mais outre les 56,000 habitants de la ville neuve pour lesquels est adopté le *système définitif*, il en est encore 50,000 qui sont desservis par le système *dit temporaire*. Dans cette partie existent seulement des réservoirs de rues, qui ne sont pas encore mis en communication directe avec l'usine

centrale. Quand les travaux seront complétés, 106,000 habitants seront desservis par le système aspirateur sans parler des augmentations que doit obtenir la population de ces beaux quartiers où la ville moderne d'Amsterdam peut se développer tout à son aise.

Voyons maintenant ce que deviennent les matières arrivées à l'usine. M. Liernur séparait l'eau des parties solides et avec ces dernières fabriquait de la poudrette. Les frais de cette exploitation étaient tels qu'ils dépassaient les produits. Au bout d'un certain temps la ville d'Amsterdam, à qui avaient été faites les plus belles promesses, refusa de contribuer plus longtemps à l'emploi de procédés industriels qui ne donnaient que de la perte. Ce fut alors qu'un capitaliste proposa de prendre l'usine à son compte, garantissant la municipalité contre toute chance de perte et lui assurant la moitié des bénéfices dans le cas où les espérances fondées sur un nouveau mode de transformation des produits viendraient à se réaliser. Cette proposition ayant été acceptée, M. Liernur céda la place à M. Sanches, qui organisa la fabrication du sulfate d'ammoniaque.

Les matières sont traitées par la chaux, dont la présence donne lieu à un dégagement d'ammoniaque. Ce gaz est immédiatement mis en contact avec de l'acide sulfurique, et de la combinaison de ces deux substances résulte le sulfate d'ammoniaque. Ce sel, qui se présente sous la forme de petits cristaux blancs, peu odorants, est très recherché en agriculture, où il entre dans la composition de nombreux engrais chimiques. Quand il est mal préparé il contient une certaine proportion de sulfo-cyanure d'ammonium, ce qui lui fait perdre ses qualités fertilisantes. M. Chappelle, pharmacien et chimiste très expérimenté, a bien voulu examiner, à ce point de vue, l'échantillon que j'ai rapporté d'Amsterdam, il a constaté que celui-ci est dépouillé de toute trace de cyanure. Le sulfate en question contient, d'après M. Sanches, 24 °/₀ d'ammoniaque ; la poudrette fabriquée antérieurement n'en contenait que 4 à 5 °/₀ (1). Aussi ce produit est-il très-

(1) Ce n'est pas seulement à Amsterdam que le sulfate d'ammoniaque est retiré des matières fécales pour être livré à l'agriculture. Il s'en fabrique à Lyon et dans d'autres villes.



recherché et se vend-il par milliers de kilogrammes non seulement en Hollande, mais au dehors et jusque dans les colonies Néerlandaises de l'Australasie.

D'autres résidus solides sont convertis en tourteaux, qu'on utilise aussi comme engrais. Les liquides sont renvoyés du côté de Zuidersée ; mais, ainsi que je l'ai expliqué et pour les raisons exposées plus haut, ils ne sont pas très abondants.

L'usine fait des bénéfices qu'elle partage avec la ville.

Je ne sais si l'administration municipale d'Amsterdam a l'intention de généraliser le système des aspirations pneumatiques ; l'application me paraît devoir en être difficile dans la vieille ville à cause de la multiplicité des canaux, surtout dans les points où ceux-ci ne sont pas bordés par un quai.

Quoi qu'il en soit, dans les trois quarts de la ville la vidange se pratique par d'autres procédés. Il y a des fosses fixes et des fosses mobiles. Il y a surtout ce que j'appellerai le *tout au canal.* En face de chaque maison la maçonnerie qui forme le quai est percée d'une ouverture destinée à livrer passage à tous les détritus : eaux ménagères, eaux pluviales, matières solides et liquides des cabinets. C'est dire que les canaux laissent beaucoup à désirer à divers points de vue. Ils ne sont pas comme ceux de Venise parcourus deux fois par jour par une marée de 60 à 90 centimètres de hauteur. Le niveau du Zuydersée se s'élève que de 40 centimètres en temps ordinaire et cette élevation est loin de se faire sentir dans tous les conduits d'Amsterdam, dans presque tous l'eau est stagnante. Ils contiennent, d'après le guide Bœdeeker, 1 m. 20 d'eau et autant de vase, le passage fréquent de gros bateaux chargés de marchandises remue cette vase et la rapproche de la surface.

Les canaux, généralement bordés de grands et beaux arbres, gagneraient beaucoup au point de vue pittoresque, si leurs eaux, immobiles et de couleur foncée, étaient au contraire limpides et courantes. Elles sont, au moins dans certains quartiers, désagréables à l'odorat pendant la saison chaude. Pour corriger les inconvénients deux moyens sont employés : 1° l'action des dragues qui enlèvent de grandes quantités de vases ; 2° les chasses d'eau faites en lâchant les écluses du grand canal qui avec une longueur de 75 kilomètres établit entre Amsterdam et la mer du Nord une com-

munication directe et praticable aux navires de forts tonnages.

Les chasses ne seraient pas possibles si le niveau de la mer du Nord n'était pas, surtout à marée haute, supérieur à celui des canaux. On sait qu'une partie du sol de la Hollande se trouve dans cette condition et que chaque année de nouveaux espaces de terrain sont conquis sur la mer et livrés à la culture, car les travaux d'endiguement, de dessèchement et de drainage se poursuivent sans interruption, et d'ici à quelques années 176,000 hectares seront ajoutés au domaine cultivé.

Malgré le nombre considérable de ces réservoirs d'eau insuffisamment renouvelée, car la capitale de la Hollande est bâtie sur 90 îlots reliés par 300 ponts fixes ou mobiles, l'état sanitaire de cette ville très intéressante, qu'on a appelée *la Venise du Nord*, est loin d'être mauvais. Le coefficient de la mortalité est inférieur à celui d'autres cités établies dans des conditions techniques différentes; malgré les relations incessantes de ce grand port de commerce avec tous les pays du monde et en particulier avec l'extrême Orient, le choléra y a fait des apparitions moins fréquentes et moins meurtrières qu'à Marseille. Cette immunité relative me paraît pouvoir être rattachée à deux causes :

1° La libre circulation des vents qui, n'étant gênés par aucune élévation de terrain, balaient constamment les couches inférieures de l'atmosphère ;

2° L'extrême propreté des Hollandais dans leurs demeures et sur leurs personnes.

Mais je reviens à l'objet principal de cette communication qui me paraît pouvoir être terminée par les conclusions suivantes :

1° Le système des aspirations pneumatiques ou système Liernur a réussi à Amsterdam ;

2° Les tâtonnements ont eu pour objet non pas le transport des matières, mais leur transformation ;

3° L'expérience de ce mode de vidanges a été faite assez en grand pour qu'on soit en droit d'en préconiser l'adoption dans d'autres grandes villes.

Il présente, en effet, le grand avantage d'utiliser des

matériaux précieux pour l'agriculture, lesquels sont absolument perdus par l'adoption du tout à l'égout.

VARIÉTÉS

VOITURE POUR LE TRANSPORT DES FEMMES A LA CHARITÉ. — Nous recevons de l'Administration des hospices civils de Lyon la note suivante :

Hospice de la Charité de Lyon. — Dans le cas où une femme devrait être transportée à la Charité dans les services de maternité ou gynécologie, l'Administration des hospices dispose d'une voiture spéciale à cet effet.

Les intéressés n'auront qu'à s'adresser à l'Administration de la Charité pour connaître les conditions dans lesquelles le transport pourrait avoir lieu.

CONCOURS A BORDEAUX ET A MARSEILLE. — Le 13 novembre un concours pour la place de chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux. La durée des fonctions du chef de clinique est d'un an, mais elle peut être prorogée de deux ans sur la proposition du professeur. Le traitement annuel est de 1,000 francs.

A Marseille il y aura, le 20 novembre, un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux.

UNE VICTIME DU DEVOIR. — Le choléra qui sévit à Nantes avec intensité depuis quelques semaines, malgré le silence administratif, vient de faire une victime dans le personnel médical. M. Léon Chupin, interne à l'Hôtel-Dieu, est mort du choléra qu'il avait contracté en soignant les malades. Agé de vingt-cinq ans et sur le point de terminer ses études médicales, il meurt victime de son dévouement. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

LES MALADES AISÉS DANS LES HÔPITAUX. — L'abus des soins donnés gratuitement dans les hôpitaux, aux malades pouvant payer, n'existe pas seulement à Paris. A Liège, il était devenu si criant que l'Administration des hospices à dû créer des chambres payantes et exiger des personnes venant subir une opération dans ces chambres une rétribution spéciale (100 francs au plus). Cette somme rentre dans la caisse des hospices. Les médecins de Liège, auxquels cette nouvelle organisation fait une concurrence déloyale, se plaignent vivement de cette création qui permet aux personnes mêmes riches d'entrer sans vergogne à l'hôpital, ce dont elles abusent.

L'abus dont se plaignent les médecins de Liège existe également à Bordeaux, où l'on voit chaque jour des personnes aisées se faire soigner gratuitement dans les chambres payantes de l'hôpital Saint-André. (*Ibid*)

LA SAISIE-ARRÊT DES APPOINTEMENTS DES MÉDECINS EMBARQUÉS SUR LES PAQUEBOTS. — Le tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement

qui intéresse vivement ceux de nos confrères qui sont embarqués à bord des navires de commerce.

Les appointements d'un de ces confrères ayant été l'objet d'une saisie-arrêt, sa Compagnie déclara cette saisie-arrêt nulle, attendu qu'en vertu d'une ancienne ordonnance, les gages et salaires des *marins* faisant partie d'un équipage sont insaisissables. Restait la question de savoir si le médecin embarqué à bord d'un navire était compris dans ce mot de *marin*. Le tribunal a résolu cette question par l'affirmative et déclaré nulle la saisie-arrêt. *(Ibid.)*

Honoraires de roi. — Veut-on savoir, d'après Dionis (Cours d'opérations de chirurgie), comment Louis XIV voulut récompenser les chirurgiens et médecins qui soignèrent sa fistule anale. Félix (le premier chirurgien) reçut cinquante mille écus, Daquin, cent mille livres, Fagon, quatre-vingt mille livres, Bessières (second chirurgien), quarante mille livres ; chacun des apothicaires, au nombre de quatre, douze mille livres, et le nommé la Raye, garçon de Félix, quatre cents pistoles.

Les droits d'inscription en Russie. — Les inscriptions ne sont pas précisément à bon marché en Russie. D'après les journaux russes, les étudiants paient à Moscou : la première année d'études, 86 roubles ; la deuxième année, 96 roubles 50 kop. ; la troisième année, 92 roubles ; la quatrième année, 101 roubles ; la cinquième année, 96 roubles 50 kop. Cela revient à 472 roubles, soit 1888 francs pour toute la durée des études médicales. — A l'Académie de Saint-Pétersbourg les étudiants ne paient que 60 roubles, soit 270 francs par an.

Un bon exemple. — On connaît les incidents qui surviennent en temps d'épidémie par suite du peu de confiance que les moujiks accordent au traitement hospitalier. Pour donner un exemple, le gouverneur de Simbirsk n'a pas hésité à renoncer aux avantages d'un traitement à domicile. Étant tombé malade au cours d'une tournée d'inspection, le gouverneur s'est fait admettre dans un hôpital d'une petite ville et a refusé toutes les offres des riches propriétaires qui lui offraient l'hospitalité chez eux. L'effet moral d'un tel exemple est d'autant plus grand qu'en Russie le respect pour les autorités est en raison inverse de l'instruction reçue.

Les revenus d'examens du Collège royal of surgeons, dont le diplôme donne droit d'exercer dans tout le royaume réuni, se sont élevés, en 1892, à la somme de 20,000 livres sterling (505,000 francs).

— La Grande-Bretagne consomme par an plus de 400 millions livres de savon. *(Tit-Bis*, 1er juillet.)

L'ivresse en Angleterre. — Le tribunal correctionnel en Angleterre a prononcé contre une femme la 252e condamnation pour ivresse. A peine sortie de prison, où elle venait de purger un mois pour le même délit, la brave femme n'a eu rien de plus pressé que de s'enivrer de nouveau. On se demande comment les juges en Angleterre ne sont pas assez instruits pour voir que la pauvre femme trouverait mieux sa place dans un hospice que dans les prisons et les cabarets. (*The Medical Journal*, 29 juillet.)

La vaccination a domicile. — L'Assistance publique à Paris possède bien un service régulier de vaccinations et de revaccinations à jours fixes dans les mairies, les écoles et les hôpitaux. Mais en présence du nombre des varioles observées dans certains quartiers, il était utile de vacciner au plus vite au domicile même des malades tous les habitants et leurs voisins. Sur le rapport du président du Conseil municipal, l Administration a immédiatement procédé à la mise en pratique des vaccinations à domicile.

Un avis officieux fut adressé par la préfecture aux maisons où s'étaient produits des cas de variole, engageant les habitants à se faire vacciner et leur annonçant qu'à tel jour et à telle heure le vaccinateur serait dans cette maison avec sa génisse. Et c'est ainsi qu'il y a trois jours, lisons-nous dans la *Médecine moderne*, le docteur Saint Yves Ménard, inaugurant ce nouveau service, opérait en plein air, au milieu d'un quartier populeux, vaccinant tout venant, habitants de la maison infectée par la variole, et voisins petits et grands. L'affluence fut énorme, l'empressement très grand. Si bien que dans les trois premiers jours et demi de fonctionnement du service 2.000 vaccinations ou revaccinations furent pratiquées. Le résultat est donc excellent, les effets ne le seront pas moins. Souhaitons bonne chance et longue vie au service de la vaccination à domicile.

Les médecins députés. — D'après une statistique donnée par le *Petit Marseillais*, la nouvelle Chambre compte 54 médecins, 1 vétérinaire et 4 pharmaciens.

La valeur en argent d'un homme. — *Time is money;* l'homme aussi.

D'après un médecin américain, le docteur Forr, on peut estimer à 25 dollars la valeur d'un nouveau-né dont les parents sont ouvriers, et au double la valeur d'un enfant de 10 ans.

Un adolescent en âge de travailler vaut 800 dollars La valeur maxima d'un homme est atteinte à 22 ans, soit 1200 dollars.

Cette valeur se maintient plus ou moins, puis décline progressivement avec l'âge. A 50 ans elle n'est plus que de 600 dollars.

Un homme de 70 ans vaut à peine 5 dollars; au-delà, non seulement il ne vaut plus rien, mais encore représente une perte.

D'où cette conclusion pratique du docteur Forr, c'est que les sauvages qui tuent les vieillards de 70 ans sont de profonds économistes.

Et ceux qui les mangent ! (*La Médecine mod.*)

L'éternuement. — Le docteur Hutchinson, de New-York, s'est posé l'importante question de savoir si on peut éternuer lorsqu'on se trouve dans un état grave de maladie. Il arrive à cette conclusion que jamais on n'a vu un tel malade éternuer et que la croyance que l'éternuement est un signe de santé est bien fondée. (*Vratch,* 1893, n° 30.)

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Septembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent.		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombée	évap	
3	750	1)m	748	6 s	+22.7	12 m	+13.8	4 m	66	39	0.0	3.4	17
4	749	10 m	748	6 s	+24.8	3 s	+ 9.0	6 m	63	44	0.0	4.8	16
5	749	1 m	747	6 s	+28.7	2 s	+ 9.5	5 m	66	36	0.0	3.2	16
6	749	12 s	746	3 s	+28.2	11.m	+16.2	5 m	78	56	0.0	6.3	24
7	750	11 m	749	0 m	+28.6	1 s	+13.1	4 m	92	61	3.5	2.4	19
8	749	0 m	746	7 s	+29.0	1 s	+12.8	6 m	80	44	0.0	2 8	11
9	748	10 m	746	3 m	+23.2	2 s	+13.7	5 m	76	53	5.2	3.1	16

Maladies régnantes. — La mortalité est en forte décroissance cette semaine; il en est de même de la morbidité. Ce n'est du reste pas étonnant à l'époque où nous sommes, car toutes les années on remarque que le mois de septembre est celui où l'on a le moins de décès.

Nous avons encore quelques fièvres typhoïdes, mais elles sont en petit nombre.

Chez les enfants on trouve quelques cas de coqueluche, assez rares pourtant. L'épidémie de rougeole que nous avons eue le mois passé peut être considérée comme terminée. Nous ne sommes malheureusement pas encore débarrassés de la diphtérie, elle nous donne encore un décès cette semaine; mais elle est loin de la fréquence qu'elle avait il n'y a pas encore bien longtemps.

Les affections rhumatismales sont aussi nombreuses et même plus fréquentes que la semaine précédente.

On trouve encore quelques angines, quelques bronchites, et même quelques pneumonies, enfin un assez bon nombre d'attaques d'apoplexie cérébrale.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 9 septembre 1893, on a constaté 119 décès :

Fièvre typhoïde....	3	Catarrhe pulmonaire	4	Affections du cœur.	9
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	7	— des reins....	7
Rougeole.........	0	Pneumonie........	3	— cancéreuses.	10
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	8
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	19	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	1	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	4
Coqueluche........	1	Méningite aiguë ...	5	Aut. causes de décès	5
Affect. puerpérales	3	Mal.cérébro-spinales	9		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	6	Naissances.......	129
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés........	11
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	6	Décès...........	116

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

NOTE SUR L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR DE L'ESTOMAC, PAR PYLORECTOMIE, SUIVIE DE GUÉRISON;

ET DÉTAILS COMPLÉMENTAIRES SUR LA NATURE DE LA TUMEUR ET L'ÉTAT ACTUEL DE L'OPÉRÉ.

Par M. Maurice POLLOSSON,
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon.

I

J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine un jeune homme à qui j'ai pratiqué récemment l'extirpation de la région pylorique pour une tumeur s'accompagnant de phénomènes d'obstruction du pylore.

Vous pouvez juger aujourd'hui de sa bonne mine et de son retour à la santé. Il y a six semaines, son facies était cadavérique et il était dans un état de dépérissement des plus marqués résultant de l'impossibilité de l'alimentation. A cette époque il ne pouvait tolérer même l'ingestion des liquides; hier, il a pu dîner d'œufs durs et de choucroûte. Voici son histoire :

A. L..., âgé de 32 ans, ne présente aucun antécédent pathologique digne d'être noté, aucun antécédent héréditaire.

Sa maladie a débuté au mois de janvier 1893, sans cause appréciable, par des troubles digestifs qui ont présenté dès le début les caractères de l'obstruction du pylore. Il ingérait les aliments, qui étaient rejetés sans avoir été modifiés par la digestion, de deux heures à plusieurs jours après qu'ils avaient été ingérés. Il lui arrivait de reconnaître dans ses vomissements tel mets dont il avait pris quinze jours auparavant. Il avait conservé de l'appétit et souffrait cruellement de la faim. Suivant son expression, « il mourait de faim comme devant une table bien garnie ».

Ces troubles de canalisation, moins marqués au début, étaient, dès le mois de mars, arrivés à un degré tel que rien ne passait. Aussi il ressentit bientôt tous les symptômes de

l'inanition prolongée. Il devint d'une maigreur effrayante, perdit ses forces et dut garder le lit. Le pouls devint faible et petit. Les urines étaient rares : quelques jours avant l'opération, de cinq cents grammes par jour. Le ventre était excavé. L'estomac seul était fortement dilaté.

Il ne ressentait pas de douleurs dans la région stomacale. Il n'y eut jamais de vomissements sanguins, de vomissements marc de café. La palpation ne révélait aucune tumeur.

M. le docteur Paliard (de Nice) diagnostiqua un rétrécissement du pylore, posa l'indication d'une intervention chirurgicale et me l'adressa à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il entra au commencement d'avril.

Nous ne pûmes que nous associer à l'avis de notre savant collègue ; pour nous, comme pour lui, le diagnostic fut rétrécissement du pylore dû probablement à la présence d'un néoplasme. On arrivait par exclusion à ce second élément de diagnostic.

L'absence de douleurs, d'hématémèse faisait rejeter l'idée d'une sténose liée à un ulcère stomacal en voie d'évolution ou arrivé à la période de cicatrisation. Le sexe, l'absence de nervosisme, la constance et la marche toujours progressive des symptômes ne permettaient pas d'admettre un rétrécissement purement spasmodique. On se rattachait donc à l'hypothèse d'un néoplasme, bien que la palpation n'en révélât pas la présence, bien que l'âge ne fût que médiocrement favorable à ce diagnostic, et bien que les vomissements noirâtres eussent fait défaut.

En tous cas, la sténose était indiscutable et une intervention s'imposait en raison de l'acuité de l'obstruction, de l'âge du malade et de sa volonté nettement exprimée d'être soulagé de ses souffrances, même au prix d'une opération qu'il savait dangereuse.

Notre plan opératoire fut le suivant : Faire une laparotomie, explorer la région pylorique, reconnaître l'obstacle, et suivant la lésion avoir recours soit à la pyloroplastie, soit à la pylorectomie, soit à la gastro-entérostomose.

Les jours qui précédèrent l'opération, on procéda à un lavage quotidien de l'estomac avec de l'eau boriquée et de l'eau alcaline.

Opération, pratiquée le 14 avril 1893, avec le concours de M. le docteur Albertin.

Le sujet est anesthésié à l'éther, auquel j'ai toujours recours dans les opérations qui exposent au choc.

Incision de la paroi abdominale de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Le doigt, introduit dans la cavité abdominale, explore la grande courbure, le pylore, le duodénum. Au niveau du pylore, je constate l'existence d'une induration. J'attire hors de la plaie la région pylorique, sans difficulté. Je palpe de nouveau la tumeur : elle occupe la région postéro-supérieure du cylindre, elle est petite et donne la sensation d'une plaque indurée. J'incise l'estomac sur la paroi antérieure, parallèlement à l'axe, sur une étendue de quatre centimètres. J'aperçois alors la muqueuse saine, soulevée par la tuméfaction. L'incision ayant été faite à gauche de l'orifice pylorique, j'explore le calibre de ce dernier : je puis y introduire sans effort la pulpe de l'index. Vu les petites dimensions, la limitation de l'induration, je me décide à la pylorectomie.

Les feuillets épiploïques sont isolés : une ou deux artérioles sont pincées. Je sectionne d'abord du côté stomacal, puis du côté duodénal de façon à enlever une longueur de huit centimètres. Hémorrhagie insignifiante arrêtée par des pinces hémostatiques. Un aide comprime soigneusement entre le pouce et l'index les sections duodénale et stomacale. Rien ne s'écoule de l'estomac : à un moment donné dans le cours de l'opération, un peu de liquide glaireux s'échappa de cette ouverture : il fut promptement essuyé avec des tampons et rien ne pénétra dans l'abdomen.

Je procédai à la suture, d'abord en réduisant l'orifice stomacal aux dimensions de l'orifice duodénal par suture de la paroi antérieure à la paroi postérieure de l'estomac sur une hauteur de 6 à 7 centimètres, comprenant deux plans, à la manière de Czerny, un plan séro-interstitiel et un plan séro-séreux. La suture porta sur la demi-circonférence supérieure de la section, contiguë à la petite courbure. Je suturai ensuite et circuclairement le duodénum et la section stomacale.

La partie postérieure de la suture comprit deux plans : 1° un plan séro-interstitiel à fils noués du côté de la cavité ; 2° un plan mucoso-interstitiel à points noués du côté de la cavité. La partie antérieure du contour fut suturée par deux

plans à la Czerny, un plan séro-interstitiel et un plan séro-séreux.

Toutes les sutures furent faites à points séparés, à l'aiguille courbe de Reverdin, à une distance de 2 à 3 millimètres.

Je réduisis alors l'estomac et commençai la suture de la paroi ; je comptai faire la suture à trois étages. Mais je me trouvai en présence d'une difficulté inattendue. Les deux lèvres de la plaie, écartées par une contracture des muscles, ne pouvaient être rapprochées sans une certaine force. Si on cherchait à faire la suture isolée du péritoine, les fils déchiraient les parties interposées, et il me fallut pratiquer une suture avec fil métallique comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Je fis ensuite une suture de la peau.

L'opération, faite sans incident, avait duré une heure et quart. Le pouls du malade était satisfaisant ; mais son facies était d'une pâleur et d'un aspect cadavériques.

Après pansement, il fut porté dans son lit et entouré de briques chaudes.

Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut à aucun moment de l'élévation thermique : la température s'éleva le soir de l'opération à 37°,8 ; les autres jours elle varia de 37° à 37°,5. Il n'y eut aucun signe de péritonite. La canalisation parut immédiatement rétablie ; car il n'y eut ni éructations gazeuses, ni ballonnement stomacal. Les deux premiers jours, rejet par la bouche d'un peu de liquide d'aspect bilieux en quantité insignifiante.

Dès le lendemain de l'opération, le pouls et le facies étaient satisfaisants. Dans les six premiers jours le malade fut soumis à une diète absolue ; on permit seulement quelques fragments de glace. L'état du malade n'inspirant pas d'inquiétude malgré ce jeûne, on exagéra peut-être un peu la durée et la sévérité de la diète.

Le septième jour, on permet un peu de lait, de vin, de bouillon. Le malade supporta très bien leur ingestion ; le passage se fait sans difficulté et on augmenta progressivement l'alimentation. Le 30 avril, c'est-à-dire 16 jours après l'opération, il put quitter l'Hôtel-Dieu et s'établir dans un appartement en ville.

Son état est allé en s'améliorant de jour en jour ; il a repris des forces et actuellement il commence à sortir. Il a repris de

l'embonpoint; cependant ses membres n'ont pas tout à fait leur volume habituel.

Depuis l'opération, il n'a pas éprouvé la moindre gêne de la digestion. Il a bon appétit; les aliments circulent et sont digérés comme avant l'opération.

On ne constate rien de particulier du côté de la cicatrice et de la paroi abdominale. On conseille le port d'une ceinture épigastrique en vue de s'opposer à une hernie ventrale.

Examen de la tumeur. — La pièce anatomique, ayant été égarée, l'examen histologique du néoplasme nous échappe. Heureusement j'ai examiné la pièce à l'œil nu. J'ai constaté la présence d'une tumeur du volume d'une amande, de consistance dure, d'aspect squirrheux, occupant la partie postéro-supérieure du cylindre pylorique, à grand axe parallèle à l'axe du pylore. La muqueuse, d'apparence saine du côté de la cavité, était adhérente par sa face profonde au néoplasme qui était développé dans l'épaisseur de la tunique moyenne.

Réflexions. — Rarement l'indication de la pylorectomie, de l'opération de Péan, s'est posée d'une façon aussi nette que dans cette observation. La sténose du pylore s'accusait avec des symptômes éclatants. Je ne crois pas que le néoplasme fût l'obstacle unique. La tumeur faisait une saillie légère, n'occupait que le tiers ou le quart du contour; l'orifice admettait l'index. Certainement le spasme jouait un rôle dans la production du retrécissement. Henreux spasme! car il a conduit à intervenir d'une façon précoce par une opération radicale. Nous ne sommes plus à l'époque où celui qui entreprenait la chirurgie de l'estomac apparaissait à quelques-uns comme un téméraire, sinon comme un aliéné. Les interventions sont discutables et dans bien des cas rentrent dans la catégorie de celles qu'on peut éluder sans manquer à son devoir. Mais en présence d'un homme jeune, ayant son pylore rapidement obstrué avec les seuls symptômes de l'inanition on eût été coupable de s'abstenir. Pourquoi ne pas faire pour l'estomac ce qu'on accorde journellement aux parties sous-jacentes du tube digestif? Les opérations qui s'adressent à la sténose pylorique valent bien, au moins en tant qu'opérations palliatives, celles qui remédient à l'occlu-

sion intestinale, et la gastro-entéro-anastomose, par exemple, ne le cède en rien à l'anus contre nature.

Nous avons retréci l'orifice stomacal aux dépens de sa partie supérieure, parce qu'à ce niveau, en raison de la situation de la tumeur, l'incision présentait une obliquité de haut en bas et de gauche à droite, et aussi parce que cette manière de procéder nous paraît plus favorable au cours du contenu stomacal puisque le nouveau pylore est situé dans une position plus déclive. Nous avons exécuté les sutures au catgut chromique et non à la soie, parce que l'expérience des sutures intestinales nous avait montré la supériorité du catgut, qui est résorbé, sur la soie qui laisse des corps étrangers qui, parfois, doivent être éliminés : d'ailleurs, nous avons à notre disposition un catgut parfait par sa souplesse et sa solidité.

Nous avons préféré la suture à points séparés à la suture en surjet ; si le travail est plus long, il est plus parfait ; il se concilie mieux avec les tricheries parfois nécessaires à l'adaptation du contour duodénal au contour stomacal. Nous estimons que, dans la pylorectomie, la perfection du travail de couture est un des grands éléments de réussite.

Nous appelons l'attention sur la difficulté que nous avons trouvée à faire la suture de la paroi abdominale, difficulté qui ne se rencontre pas dans tous les cas. Elle est signalée dans une observation de Defontaine. Notre collègue Rochet l'a également éprouvée dans une opération de gastro-entéro-anastomose.

Étant données les circonstances particulières de notre observation, je crois que personne ne nous reprochera d'avoir pratiqué la pylorectomie de préférence à la gastro-entéro-anastomose. Il est incontestable que, vu la précocité de l'intervention et le petit volume de la tumeur, on devait tenter l'opération capable de donner une guérison radicale et définitive. Nous n'ignorons pas que, si la pylorectomie a des prétentions à être une opération curative, elle n'est dans la généralité des cas qu'une opération palliative ; comme elle est plus difficile, plus compliquée, plus dangereuse que l'opération de Wölfler, il faut habituellement lui préférer cette dernière. Mais, je le répète, notre cas était exceptionnel.

Nous avons, en août 1891, pratiqué une première fois la pylorectomie dans un cas qui nous parut favorable. On nous

a montré, depuis cette époque, à plusieurs reprises, des sujets atteints de sténose du pylore; nous avons refusé d'intervenir par l'ablation de la tumeur. Nous n'avons rencontré, qu'après deux ans, un cas paraissant légitimer l'opération; il est à supposer que de longtemps nous ne trouverons pas une tumeur pylorique fournissant une indication aussi nette de pylorectomie.

Notre collègue et ami, le docteur Paliard, a eu le mérite de bien saisir cette indication et nous a fourni l'occasion de la remplir avec succès.

Les guérisons, après polyrectomie, se comptent en France; celle que nous relatons ici est la première qui ait été obtenue à Lyon.

II

NOTE COMPLÉMENTAIRE.

1° *Examen histologique.* — J'avais dit par erreur que la tumeur avait été égarée. Elle avait été portée au laboratoire de M. le professeur Renaut et y a été l'objet d'un examen histologique, qui m'a été transmis par M. Regaud, interne des hôpitaux.

Développé originairement entre les glandes pyloriques et la muscularis mucosœ, le néoplasme est constitué par une prolifération épithéliale diffuse et atypique. Du côté de la surface de la muqueuse on ne distinguait rien à l'œil nu. Mais l'examen microscopique a montré l'existence d'un bourgeon épithéliomateux colloïde, faisant saillie à la surface entre des glandes plus ou moins malades. En profondeur, il a été aisé de constater qu'au point où la palpation faisait percevoir une tuméfaction mal limitée, la tunique musculaire était envahie par des traînées cellulaires, contenues ou non dans les lymphatiques, se rencontrant même immédiatement au-dessous du péritoine.

Latéralement, la tendance envahissante n'est pas moins évidente lorsqu'on s'éloigne du point primitivement atteint et s'étend jusqu'aux sections chirurgicales.

Indépendamment de l'élément néoplasique épithélial, il est facile de constater sur les coupes un élément inflammatoire dépendant sans doute du premier et caractérisé par un

état catarrhal des glandes et une infiltration leucocytique abondante.

2° *État actuel.* — L'opéré est actuellement dans un état de santé parfaite ; il a repris ses forces et ses occupations. Les fonctions digestives s'effectuent aussi bien qu'avant le début de la maladie.

L'ALIMENTATION QUI PROCURE LE PLUS DE CHALEUR ET LE PLUS DE FORCE MUSCULAIRE, INTELLECTUELLE ET MORALE ;

Par le docteur GALLAVARDIN.

Fin. — (Voir les nos 37 et 38.)

Un de nos écrivains contemporains, qui travaille dix heures par jour, M. Francisque Sarcey, a fait sur lui-même une expérimentation très instructive pour les gens de lettres et les hommes de bureau. Depuis le milieu d'avril 1893 jusqu'au 20 août de cette même année, il n'a pas consommé un atome de viande cuite ou crue et ne s'est nourri que de végétaux, lait, beurre, thé, café, poissons, fruits. Dans le *Petit Journal* du 20 août 1893, il raconte son expérimentation dans les termes suivants :

« Eh bien ! contre l'attente de tous les miens, et peut-être même contre la mienne, je me trouve à merveille de ce nouveau régime.

« Le premier avantage, c'est qu'on mange moins. J'avais cru d'abord, en m'observant, que ce qui faisait qu'on se retenait davantage sur la nourriture, c'est que forcément dans un repas laissant passer, sans y toucher, un ou deux des plats servis, on se levait de table sur sa faim. Ce n'est pas cela ; car chez moi, naturellement, le menu a été disposé de façon que j'eusse autant à manger que les autres.

« C'est que les légumes ou les féculents emplissent vite l'estomac et enlèvent la sensation de la faim. On n'est pas excité à manger encore par la succulence des mets ; on ne mange que juste ce dont on a besoin pour le moment. Je reconnais que les premiers jours cette nourriture ne tenait

pas, comme disent les bonnes gens, à l'estomac; je sentais, au bout de deux ou trois heures, le besoin de reprendre quelque chose, comme une tasse de lait, ou du thé avec du pain ou du beurre.

« Au bout de quinze jours, cette sensation a disparu. Soit que j'aie pris l'habitude de manger un peu plus des plats de végétaux qui paraissent sur la table, soit que l'estomac se soit accommodé de ce nouveau régime, je ne sens plus la faim se renouveler qu'aux heures ordinaires. Je me suis réglé sans y prendre garde.

« J'y ai trouvé de grands avantages. Vous ne sauriez croire comme on a l'esprit plus libre et le corps plus dispos. J'avais souvent autrefois, surtout après dîner, et j'ai toujours fort peu dîné cependant, de courtes somnolences; le sang me montait au visage et me l'empourprait; la pensée s'embarrassait et la faculté de travail était comme anéantie.

« Plus rien de tout cela. Depuis que j'ai adopté ce régime, je sens mon cerveau plus frais et mes membres plus élastiques. Le teint lui-même, qui était brouillé comme l'est souvent celui des hommes de mon âge, s'est éclairci, et, ce que je n'aurais jamais cru, je suis plus résistant à la fatigue.

« J'ai toujours énormément travaillé; ne passant guère moins de dix heures par jour à mon bureau, le nez sur les livres ou la plume à la main. En ces dernières années, la fatigue me gagnait quelquefois; et j'attribuais cet amoindrissement, cet engourdissement de mes forces physiques, à l'âge qui croissait. Il faut croire que l'âge n'y était pas pour tout, car il me semble avoir rebondi depuis que j'ai renoncé à la viande.

« J'avais autrefois besoin de stimulants. Un petit verre d'eau-de-vie après déjeuner et après dîner ne me déplaisait pas. C'était comme un coup de fouet à mon ardeur de travail. J'ai absolument supprimé l'alcool de mon régime, et je l'ai supprimé sous toutes les formes. Je n'ai pas eu besoin de me retrancher le tabac, n'ayant jamais fumé de ma vie. Mais les végétariens n'usent d'aucun narcotique. J'aurais dû également me priver de café. Le docteur Nébo affirme qu'il faut se défier de cet excitant, qui devient inutile pour les véritables végétariens.

« Je crois que si je le voulais bien je saurais m'en passer,

et j'ai essayé quelques jours, pour me prouver à moi-même que je n'éprouvais de ce retranchement ni ennui, ni malaise. Mais je crois, avec beaucoup de médecins, que le café, comme le thé, comme le maté, comme la noix de kola, est un aliment d'épargne qui ne saurait avoir, quand on n'en abuse pas, que des effets bienfaisants (1). Entre nous, j'en abuse un peu. Mais je tâcherai de me modérer aussi là-dessus. Paris ne s'est pas bâti en un jour.

« Les végétariens me prédisent que si je continue je n'aurai ni la goutte ni la gravelle, ni un tas de maladies qui pleuvent sur le monde des « *viandailleurs* ». Oh ! le vilain mot ! C'est celui dont on use couramment dans notre secte. J'espère que leurs pronostics se réaliseront. Tout ce que je puis dire, c'est que pour le moment je me trouve très bien de ce régime, que je suis décidé à le continuer longtemps encore et que je vous engage à en tâter vous-mêmes.

« Il n'y a que la première semaine qui soit un peu dure; essayez, vous verrez. »

Ainsi, voilà un homme de lettres qui expose les effets de la suppression de la viande et des alcooliques beaucoup mieux que ne l'aurait fait un médecin infatué de la fallacieuse théorie du régime tonique et des aliments d'épargne.

En émettant la pensée d'être préservé de diverses maladies par ce nouveau régime, M. Sarcey a plus raison qu'il ne le croit. En effet, des observations personnelles me portent à considérer la suppression de la viande comme étant un préservatif des hémorrhagies anales, cérébrales, et même de la rupture des anévrysmes. En leur recommandant ce régime, j'ai pu préserver de toutes les maladies des pays chauds, pendant un hivernage au Sénégal, trois capitaines d'artillerie, dont l'un est aujourd'hui commandant. Pour leur donner ce conseil, je me fondais sur les deux faits suivants : 1° Les membres d'une communion protestante de Philadelphie, qui ne consomment ni viande, ni poisson, ni alcooliques (les *chrétiens-bibliques*), furent tous préservés du choléra et de la fièvre jaune qui décimèrent les habitants de cette ville à un an d'intervalle; 2° Dans les régions de la

(1) C'est une erreur, comme je l'ai démontré ici même et dans *Alcoolisme et criminalité*, page 29-39.

France envahie par le choléra et où existaient des couvents de trappistes, ceux-ci ont tous été préservés de cette maladie ; et même à la Grande-Trappe (Orne), ils furent préservés de la diphtérie et de la dysenterie qui sévissaient dans les bâtiments contigus à leur monastère.

Voilà bien des faits démontrant l'urgence de diriger l'alimentation d'après la loi de la transformation des forces.

VIII

ALIMENTS QUI AUGMENTENT LA FORCE MORALE.

Si l'alimentation, qui produit le plus de chaleur dans l'organisme vivant, y produit aussi plus de force pour l'activité musculaire et pour l'activité intellectuelle, cette même alimentation produira également plus de force dans l'activité morale, c'est là une point très important, car Aristote le remarque dans son *Traité de l'âme*, liv. III, chap. IX, § 7. Ce n'est pas l'intelligence, ni l'imagination, mais bien le sentiment qui est le grand moteur de l'activité humaine.

Aussi, dans son livre sur *Les Passions* (p. 419), le docteur Frédault a-t-il pu dire, avec plus de netteté qu'Aristote, « c'est le sentiment qui lance l'acte » et l'acte est continué par le cœur, le cerveau ou les muscles. Deux physiologistes de Vienne nous ont dit plus haut (VI) les aliments les plus efficaces pour augmenter l'intensité et la persistance des battements du cœur, qui, à son tour, lance le sang et la vie dans tout l'organisme, car, a dit excellemment Aristote, c'est le cœur qui commence le mouvement. Quand un homme a des sentiments élevés, on peut présumer quelle puissance pour accomplir le bien lui donnera une alimentation produisant chaleur et force. C'est dans ce sens que saint Jérôme a pu dire : *Si vis esse sanctus, esto sanus.*

Dans le cours de leur vie, les hommes ont plusieurs mobiles qui inspirent et dirigent leur conduite : religion, patrie, famille, lettres, sciences, arts, ambition, jalousie, vengeance et autres passions, mais c'est toujours le sentiment qui est le moteur de tous leurs actes et, comme on l'a si bien dit, c'est vraiment le sentiment qui lance l'acte dans toutes les directions.

A l'observation du professeur Regnault concernant les

gens qui ne peuvent pas supporter la continence quand ils mangent de la viande, j'ajouterai les faits suivants :

Le premier relatif à la propriété agitante de la viande déjà signalée par Liebig : aussi n'ai-je pu guérir la paralysie agitante, le tremblement sénile, qu'en supprimant complètement la viande.

Deux prêtres de 46 ans et de 50 ans s'abtiennent de poisson depuis qu'ils ont remarqué, m'ont-ils dit, que cet aliment s'est montré constamment un aphrodisiaque pour eux.

J'ai traité deux sujets âgés de 14 ans et de 70 ans, chez lesquels le café était un aphrodisiaque très actif; et j'en ai conseillé l'abstinence avec un succès immédiat.

A ma Policlinique du mardi matin, j'ai souvent constaté l'action aphrodisiaque des boissons alcooliques. On peut supprimer cette action aphrodisiaque même chez les gens en état d'ivresse, et cela à l'aide de médicaments que j'ai fait connaître dans un journal de Chicago, *The Medical Advance* (décembre 1892). Ce même journal, si bien dénommé, m'a rendu service en publiant, en juillet 1893, le premier mémoire paru sur la *Médecine psychique* et la *Médecine plastique.*

Les quakers qui, aux États-Unis, ont la garde des prisonniers, ont remarqué que ceux-ci s'amendaient beaucoup plus tôt quand ils étaient nourris surtout avec du maïs.

Après avoir recommandé les aliments qui augmentent la force morale, il faudrait signaler ceux qui lui donnent une bonne ou une mauvaise direction, et cela en étudiant les propriétés somatiques et psychiques des divers aliments : ce que je veux tenter de faire dans mon *Traité du régime*, et ce que j'ai déjà commencé de faire dans *Alcoolisme et criminalité ; traitement médical de l'ivrognerie et de l'ivresse*, p. 9-41.

IX

CONCLUSIONS.

Conformément à l'enseignement théorique et expérimental précédent, nous devrons, pour accroître notre chaleur organique et nos forces musculaire, intellectuelle et morale, nous habituer, dès l'enfance, à digérer le mieux possible :

1° Toutes les matières grasses : lait, crême, beurre, cho-

colat, cacao, graisse de viande, moelle des os, huiles végétales et animales.

2° Les féculents, particulièrement ceux qui contiennent le plus de matières grasses ou sucrées.

3° Les diverses matières sucrées, miel, confitures, les fruits les plus sucrés.

4° Consommer le moins de viande possible, dont les savants précités nous ont montré l'infériorité et les inconvénients; sous ce rapport, le professeur Bouchard nous propose l'exemple des enfants anglais, dont, dit-il (p. 242), « l'alimentation se compose surtout de thé, de lait, de beurre, de graisse, de riz, de pommes de terre, de fruits; la viande est donnée une seule fois par jour et jamais un enfant anglais ne mange de viande après deux heures de l'après-midi ».

Le professeur Frankland nous disait plus haut que les agriculteurs et ouvriers anglais se nourrissaient surtout de pain et de graisse, comme le recommande le professeur précité.

Un autre Anglais, dans son *Traitement de la phtisie pulmonaire* (p. 159), livre excellent pour les praticiens et leurs malades, le docteur James-Henry Bennet dit avoir observé que les grands mangeurs de viande et surtout les enfants nourris de viande sont moins bien portants que ceux ayant un régime mixte ou même végétal.

5° Les végétariens feraient preuve d'ignorance s'ils rejetaient en bloc toute la viande, car celle-ci contient deux parties ayant des propriétés différentes et même opposées, la partie maigre et la graisse.

La graisse de viande contient, comme le beurre, 83 pour 100 de matières grasses, et la moelle des os contient, comme l'huile d'olive, 96 pour 100 de matières grasses. Dès lors, la graisse de viande et la moelle des os devraient être utilisées par les végétariens comme leurs équivalents, le beurre et les huiles végétales.

6° A l'aide de documents empruntés à des auteurs classiques (1), je démontrerai que les matières grasses, féculentes et sucrées sont les trois sortes d'aliments constituant les

(1) *Nouveaux Éléments d'hygiène*, par le docteur Jules Arnould, médecin inspecteur de l'armée, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, 2e édition, p. 851-853.

véritables aliments d'épargne, puisque, tout en augmentant la chaleur et les forces, ils ralentissent, diminuent l'usure des liquides et tissus de l'organisme.

Je suis étonné que, après avoir constaté ces faits, ces auteurs n'aient pas donné à ces aliments la qualification précitée que je me vois, le premier, obligé de leur attribuer.

7° Il ne faut pas exclure de l'alimentation des pays chauds les matières grasses, parce qu'elles produisent de la chaleur que leurs habitants ont en excès. Mais il est néanmoins avantageux qu'ils en consomment, quoique en plus petite quantité, parce qu'elle produit consécutivement de la force, et parce que, un observateur l'a constaté, elle calme la faim et la soif. Il semble que les indigènes des pays chauds aient fait cette dernière observation. Ainsi, le Fellah, en Égypte, n'ayant pas de beurre, ni d'huile à son service, se nourrit surtout de maïs qui contient quatre fois plus de matières grasses que le froment. D'autre part, chez les nègres de l'Afrique équatoriale, le *caloulou*, plat national du Dahomey et constitué par dix espèces de plantes nageant dans des flots d'huile de palme. Ces deux observations m'ont été rapportées par le R. P. Chautard, des Missions africaines de Lyon, qui a résidé dans ces deux pays. En outre, les habitants des pays tropicaux font une grande consommation du *gée* ou beurre conservé.

D'autre part, le professeur Grandeau (de Nancy) nous apprend dans le *Temps* (23 février 1892) qu'on récolte dans le monde entier 776,400,000 hectolitres de froment et 1 milliard d'hectolitres de maïs.

Il estime à 300 millions la quantité d'hectolitres de maïs consommé par l'homme. Or, Humboldt a remarqué que le maïs était consommé surtout dans les pays chauds, comme en Égypte, en Italie, dans l'Amérique tropicale, etc., peut-être parce que, sous un moindre volume, il calme la faim et la soif.

D'ailleurs, les matières grasses, qui constituent un aliment préservatif et même curatif du rachitisme, peuvent être consommées avec avantage dans ce but, même dans les contrées les plus chaudes du globe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de juillet 1893.— Présidence de M. Cordier.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, TUBERCULOSE.

M. Pic présente le cœur d'un malade mort dans son service à l'asile Sainte-Eugénie.

Il s'agit d'un homme âgé de 39 ans qui avait été infirmier dans les hôpitaux de Paris et qui avait fait plusieurs séjours dans les hôpitaux de Lyon.

Ce malade ne présentait dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucun fait à noter. Il n'avait pas eu la syphilis, n'était pas alcoolique et déclarait n'avoir pas eu de maladie infectieuse. Il fut réformé au régiment parce qu'il ne pouvait pas faire le pas gymnastique.

Depuis cinq ans il s'est mis à tousser et on constate à l'auscultation des signes très évidents de tuberculose pulmonaire. Mais longtemps avant d'être atteint de cette dernière affection il avait été soigné pour une maladie de cœur, laquelle paraissait être une lésion valvulaire congénitale. La pointe battait dans le quatrième espace gauche ; un souffle systolique râpeux dont le maximum siégeait dans le second espace gauche au bord du sternum était perçu dans toute la région précordiale et présentait une propagation vers la partie moyenne de la clavicule gauche.

A l'appendice xiphoïde on l'entendait également très bien, et à la pointe, indépendamment de ce souffle on pouvait entendre un souffle en jet de vapeur surajouté. La main percevait un frémissement cataire.

Ce malade n'avait aucune cyanose et aucune déformation hippocratique des doigts. Il succomba le 21 juillet après avoir présenté un léger œdème des malléoles, mais sans asystolie; il mourait de ses lésions pulmonaires et non pas de son endocardite.

A l'autopsie on trouva des cavernes dans les deux poumons, une fonte tuberculeuse du larynx, en somme des lésions tuberculeuses qui expliquaient la mort.

Le cœur pesait 290 grammes en comprenant une partie de l'aorte thoracique et l'artère pulmonaire.

Il n'était pas hypertrophié. Aucune valvule n'était insuffisante; mais il y avait par contre un rétrécissement de l'artère pulmonaire très serré, entre chaque sigmoïde se trouvait un infundibulum. A la vue l'ensemble des sigmoïdes se présentait comme un diaphragme bombé et formaient une saillie perforée au centre, comparable au museau de tanche.

Il y avait en outre une absence de la partie postérieure de de la cloison interauriculaire. Le canal artériel était normalement oblitéré.

Il s'agit donc d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, maladie bien connue actuellement et dont les premiers cas ont été publiés par M. Bondet en 1859, et M. Meynet en 1867, dans la *Gazette médicale de Lyon*.

Ce rétrécissement avait été diagnostiqué pendant la vie; mais un signe avait fait hésiter quelques-uns de ceux qui avaient examiné le malade, c'était la propagation du souffle aux carotides. Ce fait s'explique très bien lorsqu'on a sous les yeux la pièce présentée par M. Pic. Il existait une sorte de dilatation au-dessus de l'artère pulmonaire et cette dilatation constituait un sinus vibrant dont les vibrations devaient se transmettre à l'aorte par la voie solidienne, alors que par la voie liquidienne aucune communication ne pouvait exister.

Ce malade n'a jamais eu d'asystolie ni de troubles trophiques de la maladie bleue; c'est donc un nouveau cas dans lequel se confirme la loi de Tripier sur la non-coexistence de l'évolution d'une maladie cardiaque avec l'évolution de la tuberculose.

La lésion devait être congénitale; l'époque de sa production devait remonter à la période de la vie intra-utérine intermédiaire entre le moment du cloisonnement interventriculaire et celui de la formation du septum interauriculaire, puisque celui-ci n'existe pas, et que celui-là est au contraire complètement formé.

M. Bard dit que l'aspect de la cloison lui inspire les réflexions suivantes : Le trou de Botal existe et est oblitéré ; ce qui manque c'est la partie postérieure de la cloison inter-auriculaire. La valvule de Vieussens existe ; d'après M. Bard il ne s'agirait pas d'un arrêt de développement,

mais bien d'une lésion inflammatoire cicatricielle remontant à la vie intra-utérine.

Quant à l'absence de cyanose, elle est bien facile à expliquer. En effet il y a trois théories pour expliquer la cyanose : la première suppose le mélange des deux sangs, mais il faut pour cela que le mélange puisse se faire, c'est-à-dire que la pression dans l'oreillette droite soit plus forte que la pression dans l'oreillette gauche. Dans la deuxième théorie on admet que la lividité est due au défaut d'oxygénation du sang. MM. Bard et Curtillet ont proposé une troisième théorie qui explique la cyanose de la façon suivante : la cyanose est produite par le mélange des deux sangs ; mais pour que ce mélange se produise il ne suffit pas qu'il y ait un orifice, il faut encore que la pression soit plus forte à droite qu'à gauche, autrement dit qu'il y ait une hypertrophie du cœur droit. Dans ce cas s'il était survenu une phtisie fibreuse la cyanose serait apparue parce que dans la phtisie fibreuse il se produit une hypertension droite. La cyanose est fonction du mélange, mais le mélange est fonction de l'asystolie.

M. Lépine croit qu'il ne faut pas considérer comme une loi la non-coïncidence de tuberculose avec les maladies de cœur. Au contraire les rétrécissements pulmonaires s'accompagnent en général de tuberculose, ce sont les maladies mitrales qui mettent un obstacle au développement de la tuberculose, probablement parce que les poumons sont imbibés de sérum dans ces dernières maladies et qu'alors le bacille tuberculeux ne peut pas s'implanter dans les poumons.

M. Bard dit que dans son mémoire, M. Tripier a parlé seulement de la « fausse coïncidence des lésions tuberculeuses et cardiaques » et qu'il n'a voulu dire qu'une chose, c'est que les lésions tuberculeuses et cardiaques n'évoluent pas simultanément. Lorsqu'en clinique on croit assister au développement simultané d'une affection cardiaque et de la tuberculose il faut se méfier et ne pas faire ce double diagnostic, car l'autopsie démontrera tantôt que la tuberculose seule évoluait alors que la lésion cardiaque était cicatricielle, tantôt que la maladie cardiaque seule était réelle alors que l'affection pulmonaire que l'on prenait pour la tuberculose n'était pas autre chose qu'une congestion ou bronchite non tuberculeuse. La loi de M. Tripier est donc très importante en pratique et elle a servi déjà à M. Bard à affirmer des diagnostics qui ont été vérifiés à l'autopsie ; l'observation apportée par M. Pic en est un nouvel exemple.

L'un des secrétaires annuels, Dr L. Dor.

REVUE DES LIVRES

Étude clinique sur le rythme respiratoire dans les maladies de l'enfance, par le docteur R. Porte. — Thèse de Lyon, 1893.

Il n'est point besoin d'une longue pratique médicale pour être convaincu des énormes difficultés de la clinique infan-

tile. Aussi doit-on accueillir avec empressement toute étude qui peut faciliter un peu la solution de ces graves problèmes de diagnostic et de pronostic qui s'imposent à chaque instant. Tel est, j'en suis persuadé, l'heureux sort réservé à la très intéressante thèse que vient d'écrire le Dr R. Porte, ancien interne des hôpitaux. Dans ce travail, l'auteur se propose d'étudier les modifications du rythme respiratoire dans les maladies de l'enfance.

Le premier chapitre est consacré au *rythme normal* de la respiration chez l'enfant. Il est indispensable de prendre de grandes précautions pour faire un bon examen; il faut que les enfants soient couchés, n'aient point déjà été interrogés ou auscultés; il est préférable de ne pas appliquer la main sur le thorax, mais de fixer un point de la paroi abdominale, les enfants respirent, en effet, surtout d'après le mode abdominal.

A l'état normal on trouve, de 2 à 5 ans, de 24 à 32 respirations par minute. De 5 à 10 ans les respirations tombent à un chiffre plus bas, de 22 à 30. Enfin, de 10 à 15 ans on ne constate plus que 18 à 26 respirations. (Les recherches n'ont porté que sur des enfants du sexe féminin.)

La respiration atteint une semblable fréquence, parce que l'enfant supplée de la sorte à la faiblesse relative de ses efforts (West). De plus les deux temps de la respiration tendent à devenir égaux.

Le rythme respiratoire peut être *accéléré* dans un assez grand nombre de circonstances pathologiques. C'est surtout dans la pneumonie que l'on observe de fortes accélérations. Pour la broncho-pneumonie c'est à peu près la même chose, mais les signes objectifs sont plus marqués (cyanose, battements des ailes du nez). L'accélération se rencontre encore dans la dyspnée nerveuse, la tachypnée hystérique. Dans la coqueluche, même avant la période des quintes, les respirations augmentent beaucoup de fréquence.

Dans un second groupe de maladies, la respiration est *ralentie*. L'enfant atteint de méningite tuberculeuse, avant d'avoir des irrégularités de la respiration, présente déjà un ralentissement considérable. Certaines formes comateuses et adynamiques de la dothiénentérie peuvent s'accompagner des mêmes phénomènes. Dans le sclérème des nouveau-nés

le pouls et la respiration se ralentissent en même temps que la température s'abaisse.

D'autres fois enfin, ce sont les *irrégularités* du rythme respiratoire qui prédominent. Dans la coqueluche les modifications de la respiration sont bien connues. Quelquefois, au lieu de la reprise caractéristique avec sifflement laryngien, il y a une période d'apnée. Il faut craindre dans ce cas des convulsions généralisées et une mort rapide. Le spasme de la glotte amène une suspension de la respiration pendant dix à vingt secondes, puis il se produit une série d'inspirations sonores. Les caractères de la respiration dans le croup et la laryngite striduleuse sont trop classiques, le docteur Porte ne s'y arrête point. Dans la broncho-pneumonie, la dyspnée, surtout inspiratrice, s'accompagne parfois de tirage, sus-sternal et même épigastrique, et peut simuler le croup. L'asthme nerveux ou symptomatique, l'adénopathie trachéo-bronchique donnent lieu aussi à des troubles du rythme respiratoire.

Mais c'est surtout dans la méningite tuberculeuse que les irrégularités ont une importance considérable. Quand elles se produisent, le dénouement est proche. C'est dans les cinq derniers jours que la respiration, d'abord ralentie au début, devient irrégulière. Souvent il se produit de véritables pauses respiratoires, mais jamais on n'a constaté le rythme de Cheyne-Stokes.

Dans un semblable travail l'idée venait tout naturellement de s'adresser à la *pneumographie* pour tâcher de comparer les différents tracés obtenus. Mais chez les enfants il y a de telles difficultés à surmonter, de si nombreuses causes d'erreur à éviter, que le docteur Porte a vite renoncé à ce mode d'exploration.

Le dernier chapitre est certainement le plus intéressant et le plus instructif. L'auteur y étudie le *rapport de la respiration au pouls*.

A l'état normal ce rapport oscille chez l'enfant entre 3,5 et 4. A 25 respirations, par exemple, correspond un nombre de pulsations 3 fois et 1/2 plus grand (88), ou 4 fois plus grand (100). Il n'est pas possible, bien entendu, d'appliquer à ces recherches la rigueur d'un calcul mathématique, mais malgré cela on peut en tirer des renseignements fort utiles.

Dans la bronchite le rapport est normal, de même dans la congestion pulmonaire.

La pleurésie (10 cas observés) amène un abaissement léger de ce rapport qui varie entre 3 et 3,5.

Mais, c'est dans la pneumonie qu'il importe d'étudier l'état du pouls et de la respiration et de les comparer. Lépine, Jurgensen, Perret, se sont déjà inquiétés de cette question et ont montré que la respiration s'accélère bien plus que le pouls et que le rapport normal est fortement modifié. Le docteur Porte a étudié avec soin 30 cas de pneumonie, et il a trouvé le chiffre le plus bas qu'il ait eu dans ses recherches : 2 et 2,5 en moyenne. Cet abaissement est quelque chose de capital. Plusieurs fois il a permis d'écarter un diagnostic de fièvre typhoïde et de méningite portés au dehors. C'est un signe important pour le diagnostic de la pneumonie infantile, rendu si difficile par l'absence de renseignements, de crachats rouillés, etc. Cet abaissement du rapport normal serait même utile pour le pronostic. Quand il est peu marqué dans une pneumonie, c'est qu'il s'agit d'une forme bâtarde, toujours plus grave que la forme franche.

La broncho-pneumonie avec sa dyspnée violente s'accompagne d'une accélération du pouls bien plus marquée que dans la pneumonie. Le rapport de la respiration au pouls sera donc plus élevé que tout à l'heure, il est près de 3.

Dans la fièvre typhoïde (9 observations) le rapport normal n'est presque pas changé, il varie entre 3,5 et 4. Dans les fièvres éruptives on observe le même phénomène.

Ainsi donc, grâce à cette comparaison du pouls et de la respiration, on peut différencier aisément une pneumonie d'avec une autre affection, une fièvre typhoïde, par exemple, et cela avant l'apparition des grands symptômes de ces deux maladies. C'est là, je crois, le point essentiel du travail que je viens d'analyser, c'est un signe précieux qui nous est offert pour le diagnostic.

Aussi peut-on déclarer que la thèse du docteur Porte sera lue par tous avec profit, car elle nous enseigne un fait important peu étudié encore ; elle sera lue, ajouterai-je, avec plaisir, car le style en est clair, l'ordonnance parfaite.

B, Lyonnet.

REVUE DES JOURNAUX

Expériences sur le filtre Chamberland, par M. Lacour-Eymard. — Dans une première série d'expériences, l'auteur a établi que le filtre Chamberland peut, dans certaines circonstances, contaminer l'eau qui le traverse; pour expliquer cette contamination, il admet que les germes accumulés à la surface des bougies, dans un milieu propre à leur développement, passent à travers les pores sous l'influence des hautes pressions et des coups de bélier qui résultent des variations de la pression dans les conduites.

Dans une seconde série d'expériences l'auteur a étudié la filtration à une pression faible et constante de une ou de deux atmosphères; un régulateur de pression, dû à M. O. André (de Neuilly) permet de ne donner exactement que la pression que l'on désire et supprime complètement les coups de bélier.

Dans ces conditions, l'eau reste à peu près stérile, ne donnant que trois ou quatre colonies de microcoques vulgaires pendant les huit premiers jours; ce n'est que le neuvième jour que ces colonies augmentent notablement de nombre; mais à partir de ce moment la progression est rapide : dès le seizième jour en moyenne à la pression de une atmosphère, dès le douzième, à la pression de deux atmosphères, l'eau filtrée contient plus de germes que l'eau non filtrée; la progression paraissait continuer rapidement, mais l'auteur, et le fait est regrettable, n'a pas poussé plus loin ses comparaisons.

Les résultats bactériologiques restent à peu près les mêmes pour des filtres soumis à un fonctionnement continu sans nettoyages et pour ceux soumis à des nettoyages réguliers tous les trois jours ou même tous les jours. Le débit du filtre est d'autant plus considérable que ces nettoyages sont plus fréquents, mais ils n'ont qu'une faible influence sur la valeur bactériologique de l'eau filtrée. Cette contamination de l'eau résulte de la végétation des microbes de proche en proche dans les pores du filtre, et la stérilisation est le seul moyen qui soit capable de faire disparaître cette cause.

Il résulte de ces expériences que le filtre Chamberland ne

peut donner d'eau purifiée que s'il est stérilisé tous les dix jours ; et encore l'eau ne filtre à peu près stérilisée jusqu'au dixième jour, sous la pression de une ou deux atmosphères, qu'à la condition d'obtenir, par l'emploi d'un régulateur, une pression constante, c'est-à-dire qui ne soit influencée ni par les changements qui peuvent se produire dans les tuyaux de conduite, ni par les coups de bélier.

Les modes de stérilisation du filtre par l'alcool ou par l'alun paraissent à l'auteur beaucoup plus pratiques et tout aussi sûrs que ceux qui reposent sur l'emploi de la chaleur. (*Revue d'hygiène*, 1893, p. 486.) L. B.

Trop de diagnostics. — Au Congrès de l'Association britannique, le professeur Drummond a prononcé un discours dans lequel il s'élève contre la tendance de multiplier les maladies. Comme les maladies elles-mêmes, les causes des maladies ne seraient pas aussi variées qu'on le croit. La médecine devrait s'inspirer de l'exemple des autres sciences qui rapportent à la même cause un nombre toujours croissant de phénomènes. Il suffit de se rappeler les nombreuses affections de la peau, des yeux, du cerveau, des articulations, des poumons, etc., considérées autrefois comme autant d'entités morbides et ressortissant toutes à la même infection par le bacille tuberculeux. — L'ataxie locomotrice était attribuée, il y a peu d'années, à plusieurs causes ; aujourd'hui on reconnaît qu'elle relève dans 90 °/₀ des cas de la syphilis ; pour M. Drummond, il faudrait dire, dans 100 °/₀ des cas. — De même pour la paralysie générale : plus on cherchera, et plus on verra qu'elle est due exclusivement à la syphilis. — M. Drummond a observé 145 cas d'anévrysmes ; presque toujours il a pu retrouver dans les antécédents la syphilis. Il ne connaît que deux ou trois exceptions dans lesquelles il y a eu des ramollissements des parois artérielles avec endocardite infectieuse maligne. Là où il n'y avait pas de syphilis, M. Drummond se refusait d'admettre l'anévrysme et il n'aurait jamais eu tort.

L'empyème procéderait toujours d'une pneumonie, quoi qu'en disent les auteurs. Il est vrai qu'il existe une pleurésie purulente primitive, une tuberculose pleurale primitive, une infection par le trocart, mais ces cas seraient des excep-

tions. A part ces exceptions, il faut dire que l'empyème est toujours métapneumonique.

Dans l'étiologie de la chorée, M. Drummond est disposé à admettre une cause unique qui serait le « virus rhumatismal ». — Pour les maladies du cœur, le diagnostic de la forme aurait moins d'importance que celui de la cause et de la durée d'action de cette cause. Un accès de rhumatisme peut bien amener une insuffisance valvulaire, mais celle-ci n'aurait pas d'importance, tant que l'accès reste unique; la gravité des cardiopathies résiderait dans la répartition des accès rhumatismaux. — Le « cœur alcoolique » commande des réserves dans le pronostic, car le malade peut succomber par suite d'une cause en apparence insignifiante. Un alcoolique a toujours de la cirrhose hépatique latente. — Tout l'art médical consiste à savoir reconnaître la maladie fondamentale due à une cause unique qui commande et le pronostic et le traitement.

The Lancet, au lieu de critiquer tout ce qu'une pareille philosophie médicale peut présenter d'exclusif et de dangereux, profite de ce discours pour faire une charge à fond contre la bactériologie. On nous permettra d'espérer que le monde médical ne suivra pas dans cette voie M. Drummond et *The Lancet*.

Guérison de la névralgie spasmodique de la face (tic douloureux). — On sait qu'il s'agit ici d'un mal contre lequel se sont vainement exercés les efforts des médecins et des chirurgiens, ces derniers ayant plusieurs fois pratiqué des résections nerveuses ou même l'ablation du ganglion de Gasser.

Voici les conclusions du travail de M. Jarre :

1° Le tic douloureux de la face ou névralgie spasmodique de la cinquième paire est constamment symptomatique de lésions nerveuses cicatricielles périphériques;

2° Ces lésions ont pour siège les extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire ;

3° L'arthrite alvéolo-dentaire chronique et les accidents infectieux déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure sont les causes les plus communes des lésions cicatricielles alvéolaires qui sont le point de départ de la névralgie spasmodique de la face.



4° Le traitement à opposer à cette affection est la résection extemporanée de la région alvéolaire cicatricielle;

5° Dix malades, chez lesquels toutes les médications internes ou externes avaient échoué, ont été guéris par cette méthode. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)

Avantages de l'arrosage avec l'eau de mer. — L'industrie dispose déjà d'appareils perfectionnés pour utiliser la force des vagues comme moyen d'élever l'eau salée jusqu'à des réservoirs destinés à l'arrosage des voies publiques, à l'extinction des incendies et à l'alimentation de piscines et de bains particutiers.

A San Francisco de Californie s'est formée une compagnie chargée de doter la ville de tous ces services et spécialement de l'arrosage. L'eau de la mer, après s'être évaporée sur la chaussée, laisse une couche égale et constante de sels hygroscopiques, qui maintient de l'humidité sur le sol, empêchant la formation de ces nuages de poussière, aussi incommodes pour les passants que préjudiciables à la santé, à cause des germes qu'ils transportent dans les voies respiratoires.

Toutes les villes situées sur les côtes devraient profiter de ces facilités exceptionnelles d'assainissement. (*El Siglo medico.*)

Moyen de produire l'agustie. — Le *Gimmena sylvestris* contient une substance active, l'acide *gimménique* ($C^5H^{55}O^{12}$), qui possède la propriété, quand il est appliqué sur la langue, de produire une agustie complète pour le doux et l'amer, au point que le sujet est incapable de distinguer la quinine du sucre, pendant que la saveur des substances acides, salées, astringentes et piquantes se conserve sans aucune altération.

En vertu de cette singulière propriété, M. Onoimi conseille de se rincer la bouche avec une solution à 12 °/₀ d'acide gimménique dans de l'eau alcoolisée avant de prendre des médicaments amers.

Cet acide se présente sous la forme d'une poussière d'un vert blanchâtre, d'une saveur acide et sucrée; très soluble dans l'alcool, il l'est peu dans l'eau et l'éther. (*El Siglo medico.*)

Le diabète du premier âge. — MM. Duflocq et Dauchez rapportent, dans la *Revue de médecine*, et commentent un fait de diabète observé par eux chez un enfant de 18 mois. Si le diabète est rare dans l'enfance, celui qu'on observe au-dessous de deux ans est absolument exceptionnel, et pour donner une idée de cette rareté, M. Berlioz, le chimiste bien connu, qui possède près de 20.000 analyses d'urines dans ses archives, n'en a pas une seule relative à un cas de diabète au-dessous de deux ans. Il n'existe donc dans la science que quelques observations de ce genre.

Dans ce cas, l'enfant, toujours bien portant jusque-là, était un peu malade depuis quinze jours; il urinait constamment, était constipé et avait maigri. Puis, très rapidement, il fut pris de vomissement, puis de coma avec hypothermie et succomba. C'est en le voyant dans le coma que l'idée du diabète surgit, et les linges dans lesquels il était enveloppé dans les heures qui précédèrent sa mort, ayant été examinés, on y trouva près de 25 grammes de glycose.

En rapprochant ce fait de quelques autres, on trouve quelques traits communs à faire ressortir.

Comme étiologie, on a pu noter l'hérédité; on a cru remarquer aussi l'influence de la dentition.

Comme symptomatologie, il faut mettre au premier rang les modifications du caractère, les colères, les crises nerveuses chez des enfants qui auparavant étaient d'un naturel calme. On note aussi la constipation, puis la polyurie jointe à la polydipsie; et cette soif, si typique en elle-même, est considérée souvent alors comme un signe d'excellent appétit.

L'amaigrissement, qui ne manque jamais, est certes le signe capital pour le diagnostic. Ce contraste si frappant entre cette dénutrition si rapide et une alimentation satisfaisante, appartient exclusivement au diabète infantile. Les enfants fondent, pour ainsi dire, de jour en jour; à la fin, ce sont de véritables petits squelettes.

Lorsque le coma arrive, il survient brusquement et d'une façon inopinée après une période de constipation opiniâtre. Mais ce n'est pas toujours lui qui termine la scène, et la mort peut survenir par épuisement, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, etc.

La guérison, bien qu'exceptionnelle, peut s'observer aussi.

La marche de la maladie est en général exceptionnellement rapide. Chez le malade de MM. Duflocq et Dauchez, la durée totale paraît avoir été d'une quinzaine de jours. C'est là véritablement l'allure d'une maladie infectieuse.

Traitement des néphites. — Le professeur Grocco n'attache aucune efficacité à l'acide gallique, à la fuchsine, au bromure de strontium. Le calomel et la scille lui paraissent nuisibles dans les néphrites. Il croit que l'on abuse du fer. L'hydrothérapie lui paraît une arme à deux tranchants, très utile d'ailleurs dans certains cas. Il met en première ligne, parmi les diurétiques, les acétates de soude et de potasse et se loue des hautes et très hautes doses de caféine, plutôt que de la théobromine.

Régularisation, s'il y a lieu, des fonctions digestives ; lait, iodure, acétate de soude, caféine, frictions sèches sur les lombes, trinitrine, voilà ses prescriptions dans les insuffisances rénales séniles.

Caféine à hautes doses, ou caféine et digitale, acétate de soude et oxymel scillitique dans une décoction diurétique privée d'excitants, bains chauds et stimulation cutanée, purgatifs salins, frictions sèches sur les lombes, lait, dans les insuffisances rénales qui surviennent dans le cours d'autres graves maladies, particulièrement de maladies aiguës.

L'auteur fait remarquer qu'il arrive à beaucoup de néphritiques ce qui arrive aux cardiopathes : S'il survient une fatigue physique ou intellectuelle, ou quelque cause qui exige un fonctionnement plus actif (élimination de substances extractives en excès, de ptomaïnes, etc.), ou enfin si le processus local spécial implique un grave désordre dans le fonctionnement de l'organe, on voit facilement survenir l'insuffisance rénale comme dans des conditions analogues on voit survenir l'insuffisance cardiaque. Il en résulte, dans un cas, la stase dans la circulation sanguine, dans l'autre un séjour des principes délétères dans le sang ; par suite, les causes d'épuisement fonctionnel, soit du cœur, soit du rein, s'aggravent ; leurs effets se multiplient, et l'un comme l'autre organe se paralyse, si toutefois la vie n'est pas supprimée auparavant par les autres syndromes graves et aigus que la

parésie de l'un ou de l'autre de ces organes a provoqués. (*Rivista therap.* et *Méd. moderne*)

Mika-opération. — Cest une nouveauté chirurgicale bizarre qu'ont coutume de pratiquer les Australiens. Elle consiste à fendre la partie inférieure du canal de l'urèthre jusqu'au scrotum. On maintient la plaie entr'ouverte de façon que la cicatrisation amène un hypopasdias. Cette pratique aurait pour but de permettre le coït en assurant une stérilité relative.

Dans une tribu australienne, M. Mikuho-Maclaya a compté 300 opérés contre 3 ou 4 hommes restés intacts. Ces derniers étaient les plus maguifiques spécimens de la horde.

M. Zazorowski rapproche de ce fait celui des indigènes de Saint-Domingue qui pratiquaient au XVIII[e] siècle la même opération sur les chevaux pour conserver toute leur ardeur sans qu'ils puissent procréer.

La stérilité n'est évidemment que relative, car du sperme déposé à l'entrée du vagin suffit parfois pour féconder. Il est évident que c'est une mauvaise disposition pour assurer cet acte qu'on réalise plus sûrement par l'introduction du sperme dans la matrice.

Les Beltaks de Sumatra insèrent à travers le gland, au-dessus de l'urèthre intact, une tige métallique aux extrémités de laquelle on attache des rondelles ou des petites boules de bois. Les femmes préfèrent, dans un but facile à deviner, les hommes ainsi garnis. (*La Médecine moderne.*)

L'acide oxalique comme emménagogue. — M. le docteur Lardier a modifié la formule de M. le docteur Poulet, difficilement acceptée par les malades à cause de sa saveur styptique. Les effets emménagogues de l'acide oxalique sont très accusés à la dose de 2 grammes par jour.

Voici la formule recommandée par M. Lardier et très bien acceptée par les malades :

Acide oxalique.	2 gr.
Eau	400 —
Glycérine neutre	40 —
Sirop de fleur d'oranger	60 —

Un quart de verrée toutes les heures.

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

INOCULATION EXPÉRIMENTALE DE SYPHILIS.

On a beaucoup écrit sur ce procédé de démonstration ; on a même été jusqu'à *requérir* contre ceux qui l'appliquaient. Et la moralité publique, les intérêts de la société pouvaient être plausiblement invoqués dans ce cas.

Les inoculateurs cependant étaient-ils tout à fait dans leur tort ? En affirmant hautement, obstinément, la non-inoculabilité de la syphilis secondaire, Ricord ne les avait-il pas mis en état de légitime défense ? Et ne pouvaient-ils invoquer, eux aussi, l'intérêt de la société, n'eût-il été représenté que par celui des nourrices, que menaçait si directement l'erreur systématique d'un chef d'école ?

Quoi qu'il en soit, le procès scientifique étant depuis longtemps jugé en dernier ressort, on comptait bien ne plus entendre parler de ces sinistres expériences que l'amour exclusif du bien n'excusait qu'incomplètement, lorsque la question vient se présenter sous une nouvelle face.

Un quidam, se disant médecin, entre, ces temps derniers, dans le cabinet d'un de nos plus estimés collègues. « Je viens, dit-il, en lui présentant un jeune homme qui l'accompagnait, je viens vous demander de constater un fait. Possesseur d'un mode de préservation de la syphilis, j'y ai soumis Monsieur. » — Fort bien ! Et puis !... — Et puis, comme criterium de l'essai, et, toujours avec le consentement de Monsieur, je viens de lui inoculer la sécrétion d'un chancre infectant. » Stupéfaction et bond de notre collègue. « Lui inoculer ! !... Mais d'abord, sur quelles données fondez-vous votre procédé préservateur ?... » — « Ah ! confrère, se récrie le visiteur, ceci est mon secret. Vous comprenez bien que si je le divulguais... »

Sur ce mot, le quidam lestement mis à la porte, notre collègue, resté seul avec la pauvre victime, après quelques tardives observations sur sa crédulité, lui explique le cas où sa confiance l'avait conduite, et lui demanda de revenir aussitôt que surviendrait au point inoculé une lésion dont il lui enseigna de façon très précise les caractères. Que pou-

vait faire de plus notre collègue ? Prompte et sévère justice d'une part : avertissement et complète initiation de l'autre.

Comme il arrive trop souvent en pareil cas, le client revint, mais avec un chancre bien formé, dont le développement rendait illusoire toute tentative d'excision.— D'ailleurs, alléguant loyalement que c'était sa faute à lui puisqu'il avait librement consenti, il refusa de donner le nom de son opérateur.

Et c'est vraiment dommage pour la vindicte publique. Car, en ce cas, quand on a d'abord présenté à l'examen d'une Société savante un procédé de préservation conçu d'après des considérations scientifiques, il semble licite de l'appliquer à un tiers qui n'y a consenti qu'après avoir été bien prévenu des chances qui lui sont ouvertes. Et encore !!... Mais le soumettre à une vérification aussi radicale !

De vérification en pareille matière, il n'y en a qu'une permise, celle que peuvent occasionnellement offrir au vacciné les chances de contagion qu'il trouvera sans les chercher dans les hasards de sa vie d'aventures.

C'est celles là seules sur lesquelles j'avais compté pour statuer sur la valeur d'un mode de préservation calqué point par point sur la vaccination antirabique de Pasteur, mode que je communiquai, il y a quelques années, à notre Société de médecine. Mais le droit d'un inventeur s'arrête à ce point. Qui le dépasse commet un crime. P. D.

VARIÉTÉS

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — L'Administration des hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 21 mars 1894, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon. Ce concours comprendra cinq séances.

Le candidat nommé remplira, dès sa nomination, dans les établissements de l'Administration, les fonctions de médecin suppléant, jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un médecin des hôpitaux.

Les médecins suppléants sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit comme médecin suppléant, soit comme médecin des hôpitaux, dans les établissements de l'Administration, suivant leur rang d'ancienneté.

Les médecins des hôpitaux restent en fonctions pendant dix-huit ans,

à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant.

Les médecins des hôpitaux visitent tous les jours et deux fois par jour les malades de leur service.

Le traitement annuel des médecins des hôpitaux est fixé à deux mille francs.

CONCOURS PUBLIC POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN TITULAIRE DU BUREAU DE BIENFAISANCE DE LYON. — Ce concours s'ouvrira le 7 décembre 1893, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat du Bureau de Bienfaisance, 31, rue de l'Hôtel-de-Ville, au moins quinze jours avant la date du concours.

Le concours comprend deux séries d'épreuves :

1° Les candidats examineront devant le jury deux malades au moins, atteints d'affections médicales, et rédigeront ensuite une consultation écrite sur la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. La fixation du temps à accorder pour la rédaction de la consultation est laissée à l'appréciation du jury.

2° Le jury examinera les titres présentés par les candidats (concours, publications scientifiques, services administratifs antérieurs).

La durée des fonctions de médecin titulaire du Bureau de Bienfaisance est de quatre années ; toutefois les médecins pourront être maintenus dans leurs fonctions pour une ou au plus deux nouvelles périodes de quatre années, sous les conditions suivantes : chaque prolongation ne pourra excéder quatre années et ne sera accordée qu'en fin d'exercice, par délibération spéciale de la Commission administrative du Bureau de Bienfaisance.

Le traitement des médecins du Bureau de Bienfaisance est de 2.000 fr. par an.

HÔPITAUX DE CHALON-SUR-SAÔNE. — La Commission administrative des hôpitaux de Chalon-sur-Saône, ayant décidé de s'adresser dorénavant au concours pour le recrutement de son personnel médical, donne avis qu'un concours pour *trois places de médecins-chirurgiens suppléants* s'ouvrira le lundi 30 octobre 1893 à la *Faculté de médecine de Lyon.*

Les épreuves, au nombre de trois, comprennent : 1° une épreuve écrite de clinique médicale ; 2° une épreuve écrite de clinique externe ; 3° une épreuve de médecine opératoire et d'anatomie topographique.

VOITURE POUR LE TRANSPORT DES FEMMES A LA CHARITÉ. — Nous croyons devoir ajouter quelques renseignements complémentaires à la note que nous avons publiée la semaine passée sur la demande de l'Administration des hospices de Lyon.

La voiture fournie par l'Administration est disposée de manière à permettre de transporter les malades couchées, et elle est assez large pour qu'on puisse pendant le trajet leur donner tous les soins dont elles peuvent avoir besoin.

L'Administration ne donne que la voiture. Les personnes qui la de-

mandent doivent amener le cheval. On peut pour cela amener à la Charité une voiture de place dont le cheval sera attelé à la voiture de l'Administration.

Les étudiants en médecine et le projet Cornil devant le Sénat. — Aux termes de la loi du 15 juillet 1889, complétée par celle du 11 juillet 1892, les étudiants en médecine et en pharmacie ont la faculté de n'accomplir qu'une année de service à la condition d'être pourvus du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe ou d'interne des hôpitaux à l'âge de 26 ans. Qu'ils s'engagent à 18 ans avant de prendre leur première inscription ou qu'ils attendent l'année de leur tirage au sort, ils sont astreints à passer une année sous les drapeaux pour recevoir l'instruction militaire du soldat d'infanterie.

Ces dispositions de la loi sont à la fois préjudiciables aux études médicales et pharmaceutiques et à l'intérêt du service de l'armée. Sur ce dernier point l'avis du Conseil de santé est unanime, mais il n'est pas partagé par l'état-major général de l'armée dont l'incompétence en pareille matière est notoire.

Aussi, le projet de loi présenté au Sénat par M. le professeur Cornil portait que les candidats médecins ou pharmaciens pourraient sur leur demande être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme, et être appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence. En somme il demandait pour les étudiants en médecine ce que la loi accorde aux élèves de l'École polytechnique, de l'École forestière, de l'École centrale, etc. La proposition Cornil, si elle eût été adoptée, aurait enrichi l'armée de 400 aides-mjors instruits et appelés en cas de guerre à rendre d'éminents services.

Sans énumérer ici toutes les objections faites à ce projet de loi qui portait, disait-on, une atteinte à la loi intangible sur le recrutement militaire, etc., etc., nous ne retenons qu'un argument d'ordre politique, mis en avant devant la Commission sénatoriale par M. le général Grévy.

L'honorable général craignait que si l'on adopte la proposition Cornil, on ne cherchât à l'avenir à en faire profiter les séminaristes. « M. le docteur Noël avait donc raison d'écrire dans le *Bulletin médical de Paris*, pour atteindre les séminaristes, pour leur faire mettre sac au dos, on s'est servi de nous, c'est là un boulet que nous traînons et dont nous nous débarrasserons difficilement. Ce que l'on refuse aux médecins, c'est pour ne pas l'accorder aux séminaristes. Dans la prochaine guerre le service de santé fera un nouveau krack, mais les séminaristes ont sac au dos, qu'importe le reste ? »

Le corps de santé militaire est réduit à 1,300 officiers de tous grades, en temps de paix, et l'on estime qu'il en faudrait 5,000 en temps de guerre. Évidemment les médecins de la réserve ou de l'armée territoriale existent sur le papier dans notre armée. Mais la majorité serait en temps de guerre incapable de se tirer d'affaire, et ce n'est pas pendant les quelques semaines qu'ils sont appelés sous les drapeaux qu'ils peuvent apprendre le métier de médecin militaire qui, chacun le sait, comporte une

instruction militaire spéciale, et la connaissance de nombreux règlements administratifs.

La proposition de M. le professeur Cornil avait contre elle tous les généraux de la Commission sénatoriale et M. le professeur Berthelot, auteur d'un contre-projet, aussi a-t-elle été repoussée !

SOUVENIRS D'INTERNAT (1862-1866)

T'en souvient-il, disait un ex-interne,
A son copain grisonnant comme lui,
Du joyeux temps où l'on était externe,
Où nos vingt ans avaient à peine lui,
Où nous frisions notre barbe naissante,
Où nous étions alertes et pimpants ?
Nous n'avions pas trois cents écus de rente; } *bis*
Nous avions mieux, car nous avions vingt ans. }

Du pansement comme on prenait la route
De grand matin, maudissant le major
Grâces à qui la nuit était trop courte !
Et l'on filait dans le long corridor.
Puis on bâclait maint et maint cataplasme,
Et l'on chargeait l'appareil sur son bras,
Du commandeur emportant le dictame.
Dis-moi, mon vieux, ne t'en souvient-il pas ?

Grâce au concours, épreuve difficile,
De l'internat nous gagnions les galons,
Au Tiercelet élisions domicile
Drus et fringants comme des étalons.
Tous les trois mois nous touchions notre terme,
A Mancipaux vendions le bouracan ;
A l'Alcazar nous dansions dur et ferme,
Nous étions gais et nous avions vingt ans.

Dans chaque salle, ainsi qu'à la Clinique,
On employait pommades et cérat,
Distribuant le vin aromatique,
Bandes, carrés, eau blanche et cœtera ;
Richard nous enseignait l'anatomie ;
Nous connaissions *de nom* le mannequin ;
Nous ignorions la laparotomie,
Mais nous dormions au cours de Pétrequin.

Dans le service ou près de la chambrette,
On rencontrait parfois le frais minois
De jeune sœur riant sous sa cornette
Qu'on chiffonnait un peu du bout des doigts.

Et cependant sur la fatale pente
Les opérés glissaient plus ou moins lents,
Emportés par l'infection purulente ;
Nous vîmes ça quand nous avions vingt ans.

Nous avons vu gangrène et pourriture,
Érysipèle et suppurations ;
Vu quelquefois réussir la suture,
Plus rarement les amputations.
Nous nous lavions fort peu, sans minutie,
En maniant la charpie et le fil ;
Nous ne connaissions pas l'antiseptie ;
T'en souvient-il, dis-moi, t'en souvient-il ?

Quel changement, ami, quand on y songe !
L'eau phéniquée et la gaze au thymol,
Le bichlorure, ont remplacé l'axonge ;
On ingurgite et salol et naphtol.
Tout a changé : le langage et la forme ;
Plèvre et péritoine sont tolérants.
Nous voyons triompher l'iodoforme,
Mais nous ne reverrons plus nos vingt ans.

P. M.

Mai 1892.

LES DEUX MICROBES

Sur l'air des *Deux Gendarmes*.

Semés là par dame Nature
Deux microbes, un beau matin,
Se rencontraient par aventure
Dans les replis de l'intestin.
Le premier, d'un ton de rogomme,
Bacillus coli communis
Dit à l'autre qu'*Eberth* on nomme : } *bis*
Que viens-tu faire en mes semis ? }

Car je suis là sur mon domaine,
Tous mes vieux papiers en font foi ;
Je n'entends point qu'on m'y malmène,
J'y veux tout seul faire la loi.
Dans ce bon bouillon de culture
Je pullule tout à loisir ;
J'y sème ma progéniture
Qu'y s'y multiplie à plaisir.

Quel est ton nom, quelle est ta race ?
D'où viens-tu, misérable intrus ?
J'admire vraiment ton audace,
Et tu devrais être confus

De venir ainsi sur mes terres
Semer ta végétation
Et tes toxines délétères
Qui souillent la nutrition.

Mais, dit l'*Eberth* d'un ton tranquille,
Je puis bien marcher sur tes pas;
Je suis un peu de ta famille;
Tu ne me reconnais donc pas ?
Né de ton fin spore ovoïde,
Devenu plus long bâtonnet,
C'est moi qui fais la typhoïde;
Je suis le microbe complet.

Nous sommes deux Schyzomycètes,
A-t-on dit; mais non, car c'est net :
Nous pouvons mettre nos deux têtes,
Ami, dans le même bonnet.
Il faut laisser là les histoires
Qui nous donnent double entité;
Rodet et Roux, dans leurs mémoires,
Ont montré notre parenté.

Oubliant toute impatience,
En frères donnons-nous la main,
Et multiplions notre engeance
Pour emb...nuyer le genre humain.
Nous partageant cette baraque,
Garde reins, vessie et poumon;
De Peyer laisse-moi la plaque
Et contente-toi du côlon.

P. M.

Mai 1893.

Comment nos généraux comprennent l'hygiène. — Les généraux comme les gens du monde se piquent volontiers de médecine, et cela se traduit par des ordres. Un jour dans un hôpital militaire où il passait l'inspection, un général a fait tordre le cou aux poules qu'on élevait dans les communs parce qu'elles donnent la diphtérie : assertion qui d'ailleurs était démontrée fausse au moment où parlait le général en question. Cette histoire est simplement risible. Celle-ci l'est moins : pendant le rigoureux hiver de 1890-91, un général commandant de corps d'armée a fait lire à ses troupes un ordre du jour où, considérant que l'on n'avait pas toujours le bonheur de geler entre — 20° et — 30° avec une semblable persistance, il déclarait qu'il fallait profiter de cette providentielle circonstance pour s aguerrir, d'où, en guise de conclusion, ordre était donné aux hommes de supprimer de leur habillement tous les gilets et caleçons qui n'étaient pas de l'équipement militaire. (*Gazette hebd. de Paris.*)

Nous regrettons que l'auteur de l'article, un médecin de réserve, nous ait laissé ignorer quelles avaient été pour les soldats les conséquences d'une pareille insanité.

Le choléra a Constantinople. — Des cas de choléra s'étant manifestés à Constantinople, le sultan Abdul-Hamid a fait télégraphier à M. Pasteur pour le prier d'indiquer les mesures à prendre et d'envoyer un médecin.

M. le docteur Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires de France, sur la demande de M. Pasteur et avec l'autorisation du Ministre de l'intérieur, est parti le 14 septembre 1893 pour Constantinople.

Le pèlerinage de la Mecque. — Déjà, dans le public musulman même, s'élèvent des voix qui demandent publiquement, — pas encore la suppression, — mais au moins une modification du pèlerinage.

A l'appui de ce dire, un de nos confrères reçoit un journal d'Alexandrie, le *Phare*, où il est rendu compte d'une étude due à la plume d'un médecin musulman et employé du gouvernement égyptien.

Ce qu'il demande, c'est la demi-suppression du macabre pèlerinage. C'est un début; il est évident qu'un changement radical s'impose quant au système actuel de pèlerinage aux Lieux Saints du monde musulman, pèlerinage qui, cette année encore, à la Mecque même, a coûté la vie à plus de *30,000 personnes adultes.* (Les enfants ne sont pas admis au pèlerinage.)

Et cette hécatombe effroyable se fait dans un délai de dix à douze jours !

Alcoolisme et œufs de poule. — En soumettant durant deux ou quatre jours des œufs de poule en incubation aux vapeurs de l'alcool, M. Fère a obtenu des arrêts de développement

Il compare ces effets à la fréquence de la stérilité et des avortements précoces des femmes sous l'influence de l'alcoolisme. L'alcool agirait donc sur l'embryon, modifierait son développement et provoquerait des monstruosités, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'alcoolisme héréditaire.

Les maladies des peigneurs de chanvre. — On les attribuait jusqu'ici aux poussières végétales inhalées. Pour un distingué confrère de la Sarthe, M. Salomon (de Savigné-l'Évêque), ils sont les résultats d'une intoxication par les principes actifs du chanvre qui, on le sait, sont des poisons du système nerveux.

Ces ouvriers ont une maigreur extrême, une atrophie générale, un teint terreux, et une pigmentation brune de la peau qui les fait reconnaître par les habitants du pays. Leur démarche est incertaine, leur physionomie triste, leur ventre rétracté, ils présentent en un mot un aspect de déchéance et de cachexie qui résultent d'un empoisonnement chronique.

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Septembre	Pression barométrique réduite à 0				Température				Humidité en cent.		Millimètres d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombée	évap	
10	746	10 m	744	6 s	+23.6	2 s	+ 6.8	6 m	73	33	0.0	3.3	26
11	747	12 s	745	0 m	+25.6	1 s	+ 7.5	6 m	86	46	0.0	4.4	22
12	749	3 m	746	3 s	+20.5	3 s	+14.3	5 m	86	80	3.6	3.6	22
13	753	12 s	748	0 m	+24.2	2 s	+13.2	6 m	88	72	0.1	0.9	17
14	755	12 m	753	0 m	+28.3	2 s	+13.2	3 m	91	54	0.2	1.2	19
15	755	9 m	749	12 s	+29.8	2 s	+11.6	6 m	67	49	0.0	3.3	16
16	749	0 m	741	12 s	+29.7	3 s	+14.3	6 m	84	42	0.0	3.3	20

Maladies régnantes. — L'état sanitaire est moins favorable cette semaine. La mortalité a augmenté, nous avons 142 décès, 23 de plus que la semaine passée, et 9 de plus aussi que pendant la période correspondante de l'année 1892.

De ces 142 décès, il y en a 62 dans les hôpitaux et 80 dans la clientèle civile, 21 chez les vieillards âgés de plus de 70 ans, et 12 chez les enfants au-dessous de deux ans.

La diphtérie est en recrudescence, elle donne 6 décès cette semaine.

On signale en assez grand nombre de phlegmasies des voies respiratoires, des angines, des bronchites, des pneumonies, des pleurésies.

Les affections rhumatismales n'ont pas diminué, au contraire elles semblent influencées d'une façon assez fâcheuse par le retour des pluies.

Les phtisiques et les cardiaques sont assez éprouvés et donnent un assez fort contingent mortuaire.

Enfin on signale toujours un grand nombre d'attaques d'apoplexie cérébrale.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 16 septembre 1893, on a constaté 142 décès :

Fièvre typhoïde....	0	Catarrhe pulmonaire	7	Affections du cœur.	8
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	4	— des reins....	6
Rougeole..........	0	Pneumonie........	7	— cancéreuses.	12
Scarlatine........	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	11
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	18	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup...	6	Autres tuberculoses.	4	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	7	Aut. causes de décès	14
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	14		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	9	Naissances.......	148
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessous de 2 a.)	3	Mort-nés........	11
Bronchite aiguë...	2	Cirrhose du foie....	5	Décès...........	142

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

TRAITEMENT DES TUBERCULEUX PAR L'AÉRATION PERMANENTE A L'ASILE SAINTE-EUGÉNIE.

Par le docteur F. Mouisset, médecin des hôpitaux de Lyon.

Depuis trois ans, il existe, à l'hôpital Sainte-Eugénie, un pavillon construit par l'Administration des hopices, sur la demande et d'après les indications de M. le docteur Fochier.

Je ne ferai pas la description complète de ce pavillon; il suffit de rappeler qu'il s'agit d'un pavillon ouvert, c'est-à-dire d'un pavillon, où les malades bénéficient jour et nuit d'une aération permanente, et se trouvent dans des conditions analogues à celles qui existent dans les sanatoria établis à Göbersdorf, Falkenstein, Davos et au Vernet.

Les malades qui passent la nuit dans ce pavillon sont bien vêtus, et lorsque les toiles latérales sont abaissées, la ventilation est assurée d'une façon telle, que la colonne d'air frais, suivant un trajet dirigé de bas en haut, passe entre les deux rangées de lit, sans risquer d'atteindre la tête et les épaules des malades, et de refroidir ces parties qui pourraient être découvertes.

Le pavillon contient douze lits, et c'est une série de douze malades qui fait le sujet de cette communication.

Je remercie MM. Roux et Gillet, internes suppléants des hôpitaux, qui ont eu l'obligeance de prendre les observations de mes malades et de surveiller leur traitement.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — B... L., 40 ans, entré à Sainte-Eugénie le 29 juillet 1892. Entré au pavillon le 12 août.

Bronchite spécifique avec hémoptysies datant d'un an. Amaigrissement de 15 kilogr. en vingt mois. Perte des forces et de l'appétit. Sueurs profuses.

Poids.	16 aout,	46 kil.
	22 —	47,500
	29 —	47,100
	5 septembre,	48

2 septembre. Depuis son entrée au pavillon, le malade mange mieux.

Il accuse une diminution de la toux et de l'expectoration (malgré un refroidissement assez notable de la température).

Comme signes stéthoscopiques : on note une respiration saccadée aux sommets, avec bruits secs et humides aux deux temps de la respiration.

10 septembre. Le malade a une hémoptysie qui le force à rentrer dans les salles.

Obs. 2. — M... G., 51 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 10 juin 1892. Entré au pavillon le 15 juin.

Bronchite datant d'un an, avec oppression vive pendant la marche et quintes de toux prolongées. Expectoration abondante et purulente. Amaigrissement de 10 kil. Perte des forces et de l'appétit. Emphysème pulmonaire. Aux deux sommets, râles sous-crépitants à timbre éclatant.

Le malade accuse dans la région lombaire, au niveau des muscles et de la colonne, une douleur qui serait consécutive à un *rhumatisme aigu* survenu à l'âge de 20 ans et ayant duré deux ans. Actuellement il n'y a pas d'abcès, pas de signes qui permettent d'affirmer l'existence d'un mal de Pott.

Poids.	18 juin,		54,400 kil.
	23	—	53,700
	2 juillet,		53
	9	—	51,700
	18	—	51,300
	25	—	51,200
	1er août,		50,600
	8	—	51,200
	16	—	50,300
	22	—	51,600
	29	—	51,400
	5 septembre,		52,600
	13	—	52,500
	19	—	52,800
	26	—	52,200

2 septembre. Amélioration assez notable de l'état général. Expectoration moins abondante, mais toujours purulente. Toux moins fréquente.

11 septembre. Ces jours passés, à l'occasion du refroidissement considérable de la température (8° et 9° et même 7° et 6° pendant la nuit), l douleurs de la région lombaire étaient plus fortes. Pas d'augmen de la toux ni de l'expectoration.

En raison des douleurs, il paraissait préférable de f lade dans les salles ; mais l'amélioration éprouvée d piratoires, motive de sa part un refus formel.

Obs. 3. — V... F., 16 ans. Entré à Sainte-Eu Entré au pavillon le 1er août.

Ancien traumatisme du bassin. Coxalgie dr

Poids.	1er août,	45,000
	16 —	50
	22 —	50,600
	29 —	50,500
	5 septembre,	50
	12 —	50,600
	19 —	51
	26 —	51,400

Obs. 4. — G... Cl., 37 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 25 mai 1892. Entré au pavillon le 11 juin 1892.

Depuis quatre ou cinq ans, bronchite avec expectoration abondante, oppression très marquée, empêchant la course et la marche. Au mois de mai 1892, plusieurs hémoptysies.

Depuis que le malade est à Sainte-Eugénie, la toux et l'expectoration ont cessé. Les années précédentes l'expectoration était abondante, même en été.

Poids.	11 juin,	60 kil.
	18 —	60,400
	25 —	60,700
	2 juillet,	60,800
	9 —	60
	18 —	60,600
	25 —	60,200
	1er août,	60,800
	8 —	61
	16 —	59,700
	22 —	59,500
	29 —	60,300
	5 septembre,	60,600
	13 —	61,400

2 septembre. Emphysème vicariant. Aux sommets, mais principalement au sommet du poumon droit, l'inspiration est rude, granuleuse.

Au mois de mai on avait entendu des craquements qu'on ne retrouve plus aujourd'hui.

Obs. 5.— R..., 30 ans. Entré à Sainte-Eugénie, le 9 juillet 1892. Entré au pavillon le 15 août 1892.

Début de la maladie en 1884. L'expectoration, très abondante pendant les premières années, est devenue plus rare, et depuis dix-huit mois ne se produit que le matin.

Cachexie progressive, arrêt du travail en mai 1892. A cette époque, le malade entre à l'Hôtel-Dieu et pèse 47 kil. 900. On constate des signes cavitaires aux deux sommets.

Poids.	16 août,	49,500 kil.
	22 —	49,300
	29 —	50,100

Depuis son séjour au pavillon, le malade dit qu'*il mange trois fois plus qu'auparavant.* Il se trouve mieux sous tous les rapports.

Obs. 6. — B... J., 41 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 5 septembre 1892. Entré au pavillon le 9 septembre 1892.

Le début de la maladie remonte à cinq ans. Bronchites répétées, hémoptysies légères, amaigrissement, perte des forces, troubles dyspeptiques.

Dans les deux poumons, rudesse du murmure vésiculaire. De plus, au sommet droit, diminution considérable de la respiration, submatité, expiration prolongée avec quelques râles sonores, et dans le creux sous-claviculaire quelques craquements après la toux.

Poid. 12 septembre, 60,900 kil.
19 — 60
26 — 60,700

27 septembre. Les râles ont disparu. On constate toujours la diminution du murmure vésiculaire et de la sonorité aux deux sommets. Le malade se trouve bien. La seule modification constatée est la diminution de l'expectoration. L'appétit n'est pas revenu.

Obs. 7. — M..., 17 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 13 juillet 1892. Entré au pavillon le 5 septembre 1892.

Rachitisme. Nanisme. Depuis un an, rhumes fréquents, jamais d'hémoptysies. Dans le poumon gauche, en avant, diminution de la sonorité, des vibrations et de la respiration; quelques râles disséminés à la base gauche en arrière.

Dans le poumon droit, en avant, sous la clavicule, quelques râles sous-crépitants inspiratoires assez éclatants.

Poids. 5 septembre, 30 kil.
12 — 30,200
19 — 30,500
26 — 30,500

26 septembre. Depuis qu'il est au pavillon, le malade ne crache plus et mange davantage. Les râles sont moins nombreux, leur timbre est moins éclatant.

Obs. 8. — L... L., 28 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 4 avril 1892. Entré au pavillon le 25 juillet 1892.

En janvier 1890, influenza. Depuis cette époque, toux, expectoration, hémoptysies. Au mois d'août de la même année, production dans la région dorsale d'une gibbosité due à un mal de Pott. Amaigrissement. Perte des forces. Sueurs profuses. Pas de râles dans les poumons.

Poids. 25 juillet, 56,200
1er août, 56,300
8 — 56,500
16 — 56,600
22 — 57
29 — 55,400

5 septembre, 56
12 — 57,500
19 — 58
26 — 58,300

27 septembre. Depuis deux mois, le malade est au pavillon et se trouve beaucoup mieux. Il dort mieux, mange davantage, tousse et crache moins. On constate aux deux sommets, mais principalement du côté gauche, une diminution de la sonorité, des vibrations et de la respiration.

Obs. 9. — W... F., 42 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 15 juin 1892. Entré au pavillon le 18 juin 1893.

A l'âge de 15 ans, adénites cervicales suppurées. A l'âge de 20 ans, affection aiguë du poumon gauche, ayant occasionné six mois de lit. Depuis cette époque, bronchites multiples. A 28 ans, dothiénentérie (?).

Actuellement : Sous la clavicule gauche, respiration soufflante. Expiration prolongée. Pas de matité, pas d'exagération des vibrations. (Dilatation bronchique probable en rapport avec l'affection aiguë signalée à l'âge de 20 ans).

Poids. 18 juin, 63,500
25 — 62,900
2 juillet, 61,300
9 — 61,600
18 — 63
25 — 62,900
1er août, 63,300
8 — 63,700
16 — 64
22 — 64,500
29 — 65,200
5 septembre, 65,600
13 — 67,800

Après son séjour au pavillon, le malade se trouve plus fort et crache moins.

Obs. 10. — D... J., 20 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 9 décembre 1891. Entré au pavillon le 13 juillet 1892.

Dyspepsie ancienne (ulcère de l'estomac possible). Début de la toux en novembre 1891. Pleurésie gauche en décembre 1891 ; persistance de frottements pleuraux. Ramollissement du sommet du poumon gauche. Expectoration purulente. Perte des forces et de l'appétit. Amaigrissement.

Poids. 18 juillet, 59,900
25 — 60,900
1er août, 61,500
8 — 61,400
16 — 60,300
22 — 60,600

Le malade demande sa sortie. Il crache moins.

Obs. 11. — G... P., 20 ans. Entré à Sainte-Eugénie le 27 juin 1892. Entré au pavillon le 14 juillet 1892.

Pleurésie droite datant de janvier 1892. Perte des forces. Amaigrissement de 15 kil. Pâleur. Persistance des signes d'épanchement à droite (souffle, ægophonie, matité....), malgré une rétraction de 5 centimètres du périmètre thoracique du côté droit au niveau du mamelon. Toux avec expectoration purulente. Au sommet gauche, respiration rude, expiration prolongée.

Poids.	18 juillet,	61,800
	25 —	61,500
	1er août,	61,600
	16 —	61,300
	22 —	61,100
	29 —	61,100
	5 septembre,	60,200
	13 —	61

L'aspect du malade a bien changé. Le facies est moins pâle. Les muqueuses sont plus colorées. L'appétit a diminué, probablement sous l'influence de la chaleur dont le malade se plaignait beaucoup.

Obs. 12. — A... A., 20 ans. Entré à Sainte-Eugénie au mois d'avril 1892. Entré au pavillon le 16 mai 1892.

Mal de Pott sacro-lombaire ayant débuté il y a deux ans. Abcès par congestion au pli de l'aine gauche. Amaigrissement, perte de 18 kil. Pâleur des téguments. Décoloration et siccité de cheveux. Persistance d'une suppuration abondante. Cachexie progressive. Rien aux poumons. Pas d'albumine.

Poids.	20 mai,	59
	28 —	56,700
	4 juin,	57,700
	11 —	59
	18 —	58,300
	25 —	58,900
	2 juillet,	59,300
	9 —	58,700
	12 —	59,300
	25 —	58,500
	1er août,	58,500
	8 —	58,400
	16 —	58,400
	22 —	58,700
	29 —	58,300
	5 septembre,	58,100
	12 —	58,600

Le facies est meilleur. Le malade se trouve beaucoup plus fort et mange un peu mieux.

Dans le résumé des observations précédentes, je me suis contenté d'indiquer la date du début de la maladie et la nature des lésions ; je n'ai signalé que les symptômes principaux, en insistant sur les modifications de l'état général des malades ; il eût été intéressant de contrôler les renseignements cliniques par des examens bactériologiques.

Il n'est pas fait mention du traitement, parce que celui-ci a été le même pour tous les malades, et institué de la façon suivante : Le jour même où un malade entrait au pavillon, on lui supprimait tout médicament, même la créosote, et on lui recommandait de manger le plus possible. A l'hôpital Sainte-Eugénie, il n'y a pas de régime alimentaire dans le sens administratif ; les malades ne sont pas rationnés, et peuvent prendre une double portion, si leur appétit le permet. De plus, pour suppléer au défaut d'appétit et assurer la suralimentation, je prescris à quelques-uns, soit de la viande crue, 200 grammes par jour, soit du lait dont la quantité était fixée par le malade lui-même, et variait de 1 à 2 litres.

Dans la journée, la plupart des malades se levaient et se promenaient dans le jardin, les autres restaient couchés dans le pavillon largement aéré et ensoleillé.

Mon attention a été attirée sur plusieurs points que je vais énumérer.

J'ai interrogé les malades pour connaître leur opinion sur le traitement auquel ils étaient soumis, j'ai observé les modifications qui se produisaient dans leur état général, j'ai noté les variations de deux symptômes importants, la toux et l'expectoration. Enfin les malades étaient pesés tous les huit jours, et les différences de poids constatées, me paraissent être un mode d'appréciation excellent, pour évaluer l'amélioration obtenue.

Tous les malades compris dans cette statistique ont été unanimes pour accuser un bien-être réel, et l'un d'eux (obs. 2), a refusé de quitter le pavillon, alors que son état de santé me faisait croire que le séjour dans les salles lui serait préférable.

Une seule fois on a noté une hémoptysie (obs. 1). Cet accident a coïncidé avec un abaissement assez notable de la température extérieure, et il est possible que le refroidisse-

ment ait joué le rôle de cause occasionnelle. Cependant on n'est pas autorisé à affirmer que la congestion pulmonaire ait été provoquée par le séjour du malade en plein air, car malgré le refroidissement de la température, le malade accusait une diminution de la toux et de l'expectoration, et son hémoptysie ne s'est accompagnée d'aucun signe de bronchite aiguë.

Amélioration de l'état général des malades. — Celle-ci n'a jamais manqué. Après quelques jours d'exposition à l'air libre et au soleil, le facies devenait meilleur. Une coloration plus vive des téguments et des muqueuses dénotaient une circulation plus active. Les malades se sentaient plus forts, et presque tous accusaient une augmentation de l'appétit.

Diminution de la toux et de l'expectoration. — Dans les douze observations précédentes, on trouve noté neuf fois que le malade tousse et crache moins. Deux malades (n° 3 et 12) n'avaient rien aux poumons. Quant au malade du n° 11, dont l'observation ne signale pas les modifications de la toux et de l'expectoration, il s'agit probablement d'une omission, car ce malade est un de ceux dont l'état général s'était le plus amélioré pendant le séjour au pavillon.

On peut donc dire que la diminution de la toux et de l'expectoration a été constatée chez tous les malades, et je dois insister sur cette influence heureuse du traitement à l'air libre.

Tout d'abord, cette amélioration peut paraître banale, car il n'est pas possible de lire la relation d'un nouvel essai thérapeutique pour la tuberculose, sans trouver mentionnée, souvent en première ligne, la modification de ces deux symptômes. Cela n'a rien de surprenant. Les troubles pulmonaires qui surviennent chez les tuberculeux ne sont pas toujours dus exclusivement au bacille de Koch. Il n'est pas interdit à un phtisique de prendre une bronchite simple *à frigore*, et lorsque des lésions tuberculeuses existent dans les poumons, les bronches enflammées ou dilatées, les excavations produites, peuvent être le siège d'infections secondaires dues aux microbes puisés dans l'air ambiant. Ce sont ces causes multiples qui entretiennent parfois ou augmentent la suppuration.

En hiver, lorsqu'un tuberculeux entre à l'hôpital, il accuse

souvent, après quelques jours de repos, une amélioration notable, il tousse et crache moins. Abrité dans une salle chauffée, bien couché, bien nourri, il est dans des conditions bien différentes de celles de son logement misérable. Les râles, d'abord très nombreux dans les poumons, diminuent progressivement, et bientôt on ne constate que quelques signes stéthoscopiques localisés aux sommets. Cela prouve qu'en dehors des lésions spécifiques, il existait un élément catarrhal qui a disparu sous l'influence du repos et de la chaleur, car ces modifications peuvent être observées chez des malades qui n'ont pris aucun médicament.

Cette objection tirée de la possibilité d'une amélioration spontanée pourra toujours être faite chaque fois qu'un traitement, dit spécifique, aura été institué dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital. Mais, pour mes malades, cette cause d'erreur est moins à craindre. L'observation a été faite pendant la belle saison, c'est-à-dire à une époque où le rôle de l'élément *à frigore* est considérablement réduit. D'autre part, les malades ont tous fait un séjour plus ou moins long, soit à l'Hôtel-Dieu, soit dans les autres hôpitaux, lorsqu'ils arrivent à Sainte-Eugénie. De sorte qu'à ce moment, on peut admettre que le temps écoulé depuis l'entrée du malade dans les hôpitaux a permis à la bronchite simple de s'atténuer ou même de disparaître.

En général, quelques jours après leur arrivée à Sainte-Eugénie, les tuberculeux se trouvent mieux. Pendant la journée ils se promènent dans le jardin, et sont dans des conditions hygiéniques meilleures. Mais, pendant la nuit, à Sainte-Eugénie, comme dans tous les hôpitaux, les dortoirs communs exposent les malades aux inconvénients de l'aération insuffisante.

Dans le pavillon, ces inconvénients n'existent pas, et si chez mes malades j'ai constaté une diminution de la toux et de l'expectoration, je suis bien autorisé à croire que cette amélioration nouvelle a été le résultat du traitement.

D'ailleurs, cette conséquence était à prévoir. J'ai admis précédemment que certaines causes de la suppuration des bronches résident dans l'impureté de l'air respiré, il est naturel que la toux et l'expectoration diminuent, lorsque les malades se trouvent dans un air plus pur.

La médication par l'aération permanente ne doit pas être seulement palliative, car elle a pour but de transformer l'organisme du phtisique. Mais, pour voir disparaître les symptômes propres à la tuberculose, il est nécessaire que les malades puissent se soumettre pendant un temps suffisant au repos, à l'aération permanente et à la suralimentation.

Augmentation du poids des malades. — Sur douze malades, j'ai noté huit fois une augmentation de poids. Celle-ci a varié de 500 gr. à 6 kil. En général, elle a été proportionnelle à la durée du séjour des malades en plein air. La durée de ce séjour a été de quinze jours à trois mois. Je n'étonnerai personne en faisant remarquer que la plus grande augmentation de poids a été obtenue chez un jeune homme de 16 ans, atteint de coxalgie sans lésions pulmonaires.

Chez quatre malades, cette amélioration n'a pas été constatée. Le poids est resté stationnaire ou même a diminué. Mais il convient d'examiner dans quelles conditions se trouvaient ces malades.

(Obs. 2). — Il s'agit d'un homme de 51 ans qui accuse un amaigrissement de 10 kil. dans l'espace de un an, et chez lequel l'auscultation fait soupçonner l'existence de cavernules aux deux sommets.

(Obs. 6). — Le malade a 41 ans, la maladie date de 5 ans. La durée du séjour au pavillon a été de 15 jours, c'est-à-dire insuffisante.

(Obs. 11). — Jeune homme âgé de 20 ans atteint de tuberculose pulmonaire, accompagnée d'une pleurésie droite datant de 6 mois avec persistance de l'épanchement. Depuis le début de la pleurésie, c'est-à-dire depuis six mois, le malade a maigri de 15 kil. Pendant son séjour au pavillon on ne constate qu'une diminution légère de 800 gr.

(Obs. 12). — Mal de Pott avec suppuration abondante. Depuis le début de la maladie, le malade accuse un amaigrissement de 18 kil. Pendant le séjour au pavillon, qui a été de quatre mois, on constate une diminution insignifiante du poids (400 gr.) ; de sorte qu'au point de vue du poids, on peut conclure à un état stationnaire. Bien plus, si l'on se reporte à la colonne des poids, un détail vous frappe. Pendant la première semaine, le malade a perdu 2 kil. 300 ; il est probable qu'il continuait à décliner comme auparavant ;

mais bientôt sous l'influence du traitement, la cachexie a été enrayée, l'amaigrissement a cessé de s'accroître, et même le malade a repris une partie du poids qu'il avait perdu.

Je crois donc, que si quatre de mes malades n'ont pas obtenu d'augmentation de poids, il n'est pas juste de les considérer comme des insuccès du traitement en plein air.

L'un est le plus âgé de mes malades, il a 51 ans, ses lésions sont très avancées ; si j'avais eu le choix, ce n'est pas lui que j'aurais désigné comme devant bénéficier d'un séjour dans le pavillon.

Un autre malade a fait un trop court séjour, pour que l'on soit autorisé à tirer une conclusion de son observation.

Les deux derniers malades ont eu un poids à peu près stationnaire, mais ce *statu quo* doit être considéré comme un bon résultat, si on le compare à l'amaigrissement rapide et progressif des mois précédents.

Je conclurai en disant que l'essai du traitement des tuberculeux par le séjour à l'air libre, fait à l'asile Sainte-Eugénie, me paraît très favorable à la méthode. Mais l'amélioration aurait dû être encore plus grande que celle que j'ai constatée chez mes malades, et je dois expliquer pour quelles raisons les résultats n'ont pas été plus complets.

Si la plupart des tuberculeux peuvent être améliorés par ce traitement, il est évident qu'ils le seront d'autant plus que leur maladie sera moins avancée. On aura été très étonné de voir figurer certains malades, parmi les douze, qui font le sujet de cette communication. C'est ainsi que des phtisiques excavés, des pleurétiques avec épanchement, ne peuvent pas contribuer à améliorer une statistique. Mais, parmi les nombreux tuberculeux qui passent à Saint-Eugénie, quelques-uns seulement sont dans les conditions désirables, pour espérer du traitement une amélioration notable et surtout une guérison. Bien qu'ils soient dans un hôpital de convalescents, ce sont tous des malades. Le plus souvent pour faire la sélection des malades, et désigner ceux qui doivent coucher dans le pavillon, le médecin est obligé de ne considérer que deux symptômes, la fièvre et les hémoptysies. (La fièvre n'est pas toujours une contre-indication du traitement des tuberculeux par l'aération permanente. Si

j'ai éliminé les malades qui avaient des températures élevées, cela tient à ce que parmi les sujets soumis à mon observation, les fébricitants étaient les plus malades, présentaient, soit des complications, soit des poussées aiguës de tuberculose.)

La raison de ces conditions défectueuses est facile à comprendre. Un tuberculeux entre à l'hôpital dans l'une des deux circonstances suivantes : tantôt il tousse depuis longtemps, il a maigri, perdu ses forces, il est désormais incapable de travailler, et malgré les soins qu'il recevra, il est voué à une cachexie progressive. Tantôt, c'est un homme encore vigoureux, qui a été brusquement alité par une bronchite aiguë, une hémoptysie ou une pleurésie.

Les malades de cette seconde catégorie sont assez nombreux dans les hôpitaux, mais ils vont rarement à Sainte-Eugénie, ou bien ils y font un séjour insuffisant. L'accident qui a motivé l'entrée à l'hôpital est terminé après deux ou trois semaines de traitement, et c'est alors qu'une convalescence serait nécessaire pour empêcher de nouvelles rechutes. Mais souvent ces malades, inscrits pour être envoyés dans le service des convalescents, n'attendent pas leur tour, et dès qu'ils peuvent sortir, ils rentrent dans leurs foyers. D'autres fois, le tuberculeux convalescent va à Sainte-Eugénie, mais il en sort dès que ses forces sont suffisantes. Si on cherche à le retenir, l'ouvrier répond qu'il a peur de perdre sa place chez son patron, le père de famille fait valoir en plus qu'il a besoin de travailler et ne peut pas prolonger son absence.

Dans ces conditions, on voit que le plus souvent, à Sainte-Eugénie, le traitement à l'air libre a été appliqué à des malades pour lesquels il ne pouvait pas être très efficace. Mais si, malgré cela, les observations citées donnent des résultats favorables, on a le droit d'espérer que des tuberculeux pris au début de la maladie, et traités pendant longtemps, retireront le plus grand bénéfice de la méthode.

Ce que je viens de dire à propos des tuberculeux est également vrai pour la plupart des autres malades envoyés à Sainte-Eugénie. Aussi, je demande la permission de faire une digression pour signaler un desideratum, et émettre un vœu que d'autres ont déjà formulé.

Actuellement l'hôpital des convalescents est réservé aux adultes du sexe masculin. Or, dans cet hôpital les convalescents sont en minorité. Presque tous les malades sont atteints d'un mal chronique à marche progressive, et ne retirent qu'un bénéfice passager de leur séjour à la campagne. Puis ils rentrent chez eux ou retournent à l'Hôtel-Dieu, pour revenir périodiquement à Sainte-Eugénie.

Quant aux malades venus des services de chirurgie, c'est parmi eux qu'on trouve le plus souvent de vrais convalescents, qui sortiront guéris, et c'est peut-être à eux qu'il convient de réserver la plupart des lits du pavillon.

Mais il existe plusieurs catégories de malades qui sont traités dans les hôpitaux, et dont la situation pourrait être améliorée.

Les jeunes filles chlorotiques, les enfants convalescents de maladies aiguës, les enfants dont un membre est enfermé pendant plusieurs semaines dans un appareil silicaté, ont tous besoin du grand air et du soleil. Chez ces malades, il n'y a pas de raison pour que la durée du traitement soit limitée, et par les soins de la convalescence, on peut assurer la guérison parfaite. Espérons que, dans un avenir prochain, il existera un hôpital d'enfants convalescents, c'est-à-dire un hôpital de convalescents, où l'on pourra envoyer les malades, qui par leur maladie, et surtout par leur âge, doivent retirer d'un séjour à la campagne les résultats les plus rapides et les plus complets.

Cet hôpital d'enfants convalescents aurait encore un autre avantage. En éloignant des grandes salles de malades, les jeunes filles chlorotiques, les enfants anémiés par une maladie aiguë, on empêcherait beaucoup d'infections secondaires, et en particulier la contamination par le bacille de Koch, pour lequel les organismes débilités constituent un terrain tout à fait favorable.

C'est là un point de prophylaxie qui mérite l'attention, et cette digression ne me paraît pas être un hors-d'œuvre dans cette communication. Le traitement prophylactique est peut-être le seul traitement efficace pour diminuer le nombre des victimes que la tuberculose fait parmi les indigents. Lorsque la maladie existe, il est souvent trop tard, si, comme on l'a dit, le traitement de la tuberculose par le repos, l'aé-

ration permanente et la suralimentation, ne s'applique qu'aux riches qui ont les loisirs et l'argent nécessaires.

DANGERS DE CERTAINS PESSAIRES.

PESSAIRE DE ZWANCK AYANT PERFORÉ LA VESSIE; FORMATION D'UN CALCUL AUTOUR DE LA BRANCHE INTRA-VÉSICALE; EXTRACTION; RESTAURATION DE L'ORIFICE VÉSICO-VAGINAL;

Par R. CONDAMIN,
Professeur agrégé à la Faculté.

Si l'emploi des pessaires de Hodge, de Smith, en berceau, n'est pas susceptible d'entraîner des accidents, quand la malade qui en est porteur a soin de les faire changer tous les cinq à six mois, et veut bien s'astreindre à certains soins de propreté consistant surtout en injections journalières, il n'en est pas de même quand il s'agit d'appareils volumineux destinés principalement à combattre des prolapsus. Ce sont surtout les anneaux compliqués, et ceux à pivot qui sont le plus exposés à couper les tissus. Il existe déjà quelques observations où un de ces appareils a pu perforer la vessie ou le rectum. C'est surtout lorsqu'un pessaire séjourne longtemps dans un vagin malpropre, qu'on aura à craindre, par suite des dépôts calcaires sur l'appareil, des perforations ou au moins des ulcérations des parties molles voisines.

Mundé a observé une cellulite localisée près de la branche gauche descendante de l'arcade pubienne et produite par un pessaire de Hodge trop volumineux. Il a observé également un autre cas, où l'une des charnières d'un pessaire de Thomas, bien ajusté cependant, avait perforé la paroi recto-vaginale. La fistule était petite et n'admettait que l'extrémité d'une mince sonde. Elle guérit du reste sans traitement dans l'espace d'une semaine après le retrait du pessaire.

De leur côté, chez des vieilles femmes, Hegar et Chrobak ont chacun noté une infiltration cancéreuse à un endroit où la pression avait produit des granulations. Enfin une complication plus grave, si elle pouvait être démontrée, c'est le cas de myélite cité par Verneuil et attribué à la présence d'un pessaire.

Nous avons nous-même observé, seulement dans le cours

d'une année, comme assistant du professeur Laroyenne dans la clinique des maladies des femmes, cinq ou six cas de pessaires en gimblettes ayant amené des ulcérations assez profondes et surtout ayant déterminé en avant d'eux un rétrécissement fibreux de vagin qui en rendait l'extraction très difficile et même impossible sans un débridement préalable. Il faut dire qu'il s'agissait de vieilles femmes de la campagne peu soucieuses de soins de toilette qui ne pouvaient intéresser qu'elles-mêmes, et qui étaient restées deux à six ans sans venir faire changer leur appareil. Dans tous ces cas il a suffi de pratiquer avec ou sans anesthésie un débridement vaginal pour pouvoir extraire le corps du délit et de quelques injections antiseptiques pour guérir les ulcérations. Nous avons remarqué que ces femmes après le retrait de leur anneau pouvaient souvent, par suite du rétrécissement dont nous venons de parler, se passer de nouveaux supports vaginaux.

Dernièrement nous avons observé un cas plus compliqué ayant nécessité une véritable intervention chirurgicale.

Il s'agissait d'une vieille femme, B. J..., âgée de 65 ans, qui était entrée au commencement de septembre 1893 dans la salle Sainte-Thérèse, pour se faire retirer un pessaire qu'elle portait depuis deux ans et que plusieurs médecins avaient tenté sans succès d'extraire. Elle est sourde et dans un état d'esprit tel qu'il est impossible d'obtenir d'elle des renseignements plus précis que ceux que nous allons rapporter.

Réglée à 17 ans et mariée à 19, elle eut huit enfants, à deux ans d'intervalle les uns des autres. Les couches et suites de couches furent d'après elle toutes normales.

Ménopause à 50 ans.

Il y a trois ou quatre ans cette malade commença à sentir de la pesanteur dans le bas-ventre avec sensation de chute des organes situés dans la cavité pelvienne. A la suite de travaux fatigants l'utérus descendit en prolapsus et le col pouvait être aperçu entre les grandes lèvres.

Comme plusieurs femmes de son village sont atteintes de la même affection, elle prétend que c'est un « mal donné » sans qu'on puisse avoir des explications bien nettes sur ce qu'on entend par là.

Elle consulta au début de son affection une accoucheuse qui après avoir essayé sur elle diverses pratiques, lui plaça, il y a deux ans, un de ces pessaires à deux branches que l'ont introduit fermé dans le vagin et dont on ouvre ensuite les deux ailes par le mécanisme d'un pivot situé à l'union des deux branches.

Quand la malade eut cet appareil, elle se sentit soulagée, mais elle ne fit jamais d'injections ; aussi, peu de temps après l'application de ce support, commença-t-elle à présenter des pertes blanches très abondantes et très fétides.

Peu à peu survinrent des douleurs de plus en plus vives qui diminuèrent ensuite sensiblement, en même temps qu'elle vit survenir une incontinence d'urine qui se montrait surtout la nuit. Évidemment la diminution de ses douleurs coïncida avec la perforation de la vessie et la pénétration dans son intérieur d'une des ailes du pessaire.

A son entrée à l'hôpital, après un lavage et une désinfection aussi complète que possible, on se rend compte que la branche droite de son appareil est tout entière dans l'intérieur de la cavité vésicale qui a été perforée en avant et à droite du col utérin. Cet orifice étrangle fortement l'appareil en son milieu. A ce niveau on constate un gros bourrelet vaginal, plus ou moins ulcéreux. Les urines s'écoulent entre ce bourrelet et le pessaire.

Nous tentons alors à ce moment d'extraire cet appareil, mais en face des douleurs que provoquaient les moindres mouvements imprimés à la pièce, nous croyons devoir procéder à cette extraction avec anesthésie. Sous l'éther nous avons réussi à rapprocher la branche vaginale du pessaire de celle qui était dans la vessie et après quelques dilacérations à extraire la branche vésicale.

Celle-ci n'avait plus rien de sa forme primitive, car elle était devenue le centre d'un dépôt calcaire qui avait doublé son volume. C'est certainement la présence de ce calcul secondaire qui avait rendu si difficile l'extraction de cet appareil.

Ceci fait, il s'écoula de la fistule, ou plutôt du large orifice vésico-vaginal, une certaine quantité de pus. Nous constatâmes alors une perte de substance à la voûte vaginale, du volume d'une pièce de cinq francs, et après avoir avivé

soigneusement ses bords nous fîmes une suture aussi soignée que possible des bords. Nous ne comptions pas que la réunion aurait lieu sur toute l'étendue de la plaie. Néanmoins, pendant les huit jours qui suivirent, la malade ne perdit plus ses urines, et malgré nous, elle voulut rentrer chez elle se disant complètement guérie.

Le prolapsus ne paraissait pas à ce moment avoir de la tendance à se reproduire, soit que l'occlusion de l'orifice vésico-vaginal ait diminué l'étendue du vagin, soit que celui-ci se soit rétracté sur lui-même, sous l'influence de l'irritation déterminée par un corps étranger.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous montre les dangers des appareils volumineux introduits dans le vagin et ne présentant pas des bords très mousses. Cependant, il faut le dire, des accidents semblables sont de rares exceptions et ces cas ne peuvent être présentés comme des contre-indications à l'usage des pessaires.

Nous voyons aussi par cette observation et celle de Mundé que les fistules ou les orifices déterminés par les branches d'un pessaire, contrairement aux autres ouvertures semblables, mais d'une autre nature, ont la plus grande tendance à guérir spontanément ou sous l'influence d'une thérapeutique qui, dans d'autres circonstances, se montre généralement insuffisante.

Dans la généralité des cas de prolapsus, il faut donc se contenter des appareils moins dangereux que ceux dont nous venons de faire la critique, c'est-à-dire des pessaires de Dumontpallier, en gimblette, etc., etc., et s'il s'agit des prolapsus résistant à ces moyens ou étant survenus chez des femmes relativement jeunes, il est préférable de s'adresser à l'hystéropexie qui est devenue avec les modifications que notre maître, le professeur Laroyenne, a apportées à cette opération d'une simplicité extrême en même temps que d'une innocuité presque absolue. C'est ce que nous tâcherons d'établir dans une prochaine étude sur l'hystéropexie par la méthode de Laroyenne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de juillet 1893.— Présidence de M. Cordier.

TRAITEMENT DES TUBERCULEUX PAR L'AÉRATION CONTINUE.

M. Mouisset fait une communication sur le traitement des tuberculeux à l'asile Sainte-Eugénie par l'aération continue. (V. p. 145.)

M. Bard demande à M. Mouisset de plus amples renseignements au sujet de la température des malades qu'il a isolés. Il désirerait savoir quelle est l'influence de l'aération continue sur la fièvre des tuberculeux.

M. Mayet constate que le mémoire de M. Mouisset est la condamnation des hôpitaux urbains; il croit qu'il serait plus utile de démolir l'Hôtel-Dieu que de lui ajouter des dômes nouveaux. Il déplore la façon dont l'Administration entend la gestion du bien des pauvres; il demande où en est la question de la construction du pavillon d'isolement pour les convalescents de diphtérie. Du reste, dit-il, un conseil d'administration où les médecins sont en aussi infime minorité n'est pas apte à juger les questions d'hygiène.

PORTE-CRAYON INTRA-UTÉRIN.

M. Repelin, interne des hôpitaux, présente au nom de M. le professeur Laroyenne un porte-crayon intra-utérin

Cet instrument, qui a la forme d'un hystéromètre de manière à pouvoir pénétrer facilement dans la cavité utérine, se compose d'une canule métallique légèrement recourbée à son extrémité et d'un mandrin, également métallique, pénétrant à frottement dur dans son intérieur.

Le diamètre de la canule est proportionné à la grosseur du crayon dont on veut se servir; quant au mandrin, constitué par une tige arrondie à son origine, il se termine par une extrémité flexible, aplatie en forme de lame, elle-même terminée par une tête arrondie et mousse. Cet aplatissement du mandrin est destiné à lui donner une flexibilité suffisante pour lui permettre de franchir la portion recourbée de la canule; c'est là, du reste, la reproduction exacte de la même portion du trocart de M. Laroyenne.

Pour se servir du porte-crayon on introduit d'abord la canule dans la cavité utérine après s'être rendu compte de la déviation et de la longueur de cette dernière au moyen de l'hystéromètre. On introduit ensuite le crayon dans la canule en place, puis on le pousse avec le mandrin en ayant soin toutefois de retirer la canule à mesure que le crayon en sort pour pénétrer dans la cavité utérine.

Cet instrument a comme avantage de faciliter l'introduction du crayon, surtout si l'on a affaire à un crayon flexible ; il n'y a plus de tâtonnements, et par suite il ne se produit pas d'hémorrhagie pouvant nuire à l'action du caustique.

De plus, on peut employer directement cet instrument pour les crayons de petit calibre, sans procéder au préalable à la dilatation du col avec les bougies de Hegard ; c'est donc là une simplification de l'opération.

PERFECTIONNEMENT APPORTÉ AU PANSEMENT DE MIKULICZ.

M. Fabre fait une communication sur un perfectionnement apporté au pansement de Mikulicz et qui permet la réunion secondaire de la plaie de la laparotomie au niveau de l'ouverture nécessitée par le drainage abdominal.

M. le professeur Laroyenne emploie depuis quelque temps ce perfectionnement qui lui permet d'avoir recours plus souvent au pansement de Mikulicz, pour le plus grand avantage des malades. Toutes les fois que dans une laparotomie on observe une hémorrhagie en nappe, lorsque les manœuvres ont été de longue durée, ou que pendant l'opération il s'est écoulé dans le péritoine un liquide contenu dans une cavité kystique, M. Laroyenne termine l'intervention par l'application d'un pansement de Mikulicz. Mais la guérison est retardée et de plus la paroi abdominale ne se reconstitue pas dans toute son étendue, de sorte que les éventrations sont fréquentes et que l'on observe des étranglements, des perforations et des fistules. Aussi, dans un certain nombre de cas on hésite à l'employer le pansement de Mikulicz et on cherche à établir une balance entre les inconvénients et les avantages qu'il peut présenter dans chaque cas

particulier. Le procédé que M. Fabre fait connaître supprime les inconvénients et laisse tous les avantages.

Ce procédé consiste à placer au moment de l'intervention des fils à points séparés sur le péritoine, sur les aponévroses et sur la peau, en ayant soin de ne pas nouer ces fils entre lesquels peuvent passer les mèches du Mikulicz.

La partie supérieure de la plaie est fermée par une suture à triple étage; c'est seulement au niveau du pansement de Mikulicz que l'on a soin de ne pas nouer les fils. Au bout de cinq à huit jours on enlève les mèches, alors que tout danger d'infection est passé et on noue les fils.

Il est important d'avoir des fils en place, non seulement pour éviter une opération douloureuse au moment où on veut fermer complètement la plaie, mais surtout parce que le huitième jour les plans de la paroi abdominale sont tous confondus et que l'on ne pourrait plus reconnaître le péritoine et les aponévroses.

Dans un cas où M. Laroyenne avait employé du catgut chromique et où il n'a fait la suture secondaire que le huitième jour, les fils ont cassé, de sorte qu'à l'avenir M. Laroyenne se servira de crin de Florence.

L'un des secrétaires annuels, Dr L. Dor.

REVUE DES LIVRES

Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, par le docteur A. Moussous, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-8 de 276 pages, avec une photographie. — Paris, Steinheil, 1893.

Comme l'indique le titre même de ce volume, il ne s'agit que de leçons portant sur quelques points de la pathologie infantile. Mais si les sujets sont peu nombreux, ils sont bien choisis, et le distingué chargé de cours de la Faculté de Bordeaux a su les rendre très intéressants et très instructifs.

Nous n'avons pas l'intention d'analyser ici toutes ces leçons, et nous ne ferons qu'indiquer les plus importantes. Au nombre de celles-ci nous indiquerons celle qui traite des *accidents nerveux de la coqueluche*, où l'auteur après avoir

passé en revue les accidents les plus connus comme les convulsions, la mort subite, etc., donne la relation détaillée d'un cas de polynévrite aiguë au cours de la coqueluche. L'enfant guérit.

La présentation d'un jeune sujet atteint de *maladie de Friedreich* a permis à M. Moussous de consacrer deux leçons un peu schématiques, mais très claires, à cette affection encore peu connue. Une photographie montre l'attitude ordinaire des pieds à laquelle l'auteur attache une certaine importance.

Les différentes formes de l'*urticaire* chez les enfants sont bien décrites. L'urticaire est commune chez l'enfant, plus que chez l'adulte : la forme récidivante est particulièrement fréquente. Elle peut même devenir persistante et chronique et compromettre la vie de l'enfant. On trouvera dans cette leçon une bonne description de cette affection singulière de la première enfance à laquelle on donne le nom d'urticaire pigmentée.

Citons aussi la leçon sur la *néphrite scarlatineuse chronique* où l'auteur admet la possibilité du mal de Bright consécutivement à la scarlatine et cela soit après une période de latence plus ou moins prolongée, soit par le passage direct de l'albuminurie à l'état chronique.

Deux des plus intéressantes leçons sont consacrées à un cas de *méningo-encéphalite chronique* chez une petite fille de 12 ans. L'auteur en rapproche six cas qui ont été publiés par M. Bourneville et ses élèves. La méningo-encéphalite chronique de l'enfance se développe chez des sujets qui ont atteint, sans trace antérieure d'affection nerveuse, l'âge de deux à six ans et met de un à quatre pour évoluer. Il y a d'abord des convulsions, puis des accidents méningitiques ou apoplectiques avec fièvre ; un peu plus tard se montrent des accidents d'ordre épileptique, étourdissements, vertiges, épilepsie partielle ou totale. Enfin arrive une période terminale de démence et de gâtisme.

A l'autopsie on trouve des lésions de méningo-encéphalite diffuse très comparables à celles de la paralysie générale des adultes. Aussi M. Moussous a-t-il de la tendance à croire, contrairement d'ailleurs à l'opinion de Bourneville, qu'il s'agit véritablement là de la paralysie générale des en-

fants. Il est disposé aussi à admettre l'influence de l'hérédité syphilitique.

Terminons enfin cette rapide revue en signalant les leçons sur les *érythèmes infantiles*, la *rubéole*, la *fièvre typhoïde* et les *adénopathies chez les rougeoleux*.

M. Lannois.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du cancer de l'estomac par le chlorate de soude. — Dans la séance du 9 août du *Congrès pour l'avancement des sciences* de Besançon, M. le docteur Brissaud a vanté le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac. L'idée d'appliquer ce sel au traitement en question lui est venue de ce fait connu depuis longtemps que le chlorate de potasse rend en réalité des services pour la thérapeutique d'un certain nombre de tumeurs carcinomateuses, et en particulier, pour le traitement de certains épithéliomas de la bouche, et de certains cancroïdes de la face. Toutefois, comme le chlorate de potasse est toxique par lui-même, il ne pouvait être question de l'administrer à l'intérieur à des doses suffisantes pour en espérer une action efficace contre le cancer stomacal. C'est pour cette raison que M. Brissaud a eu l'idée de se servir du chlorate de soude dans le même but. On a pu injecter aux animaux des doses très élevées de ce sel sans déterminer aucun accident, et, de plus, le chlorate de soude est beaucoup plus soluble que le chlorate de potasse, ce dernier sel ne se dissolvant bien que dans vingt fois son poids d'eau, tandis que le chlorate de soude se dissout dans trois fois son poids du même liquide.

M. Brissaud dit que l'emploi du chlorate de soude dans un certain nombre de cas de cancer de l'estomac bien avérés lui a donné, à la dose de 8 à 16 grammes par jour, et sans jamais dépasser cette dose, des résultats tels que le soulagement éprouvé équivalait d'une manière frappante à la guérison. Depuis quatre ans, ces résultats se sont montrés d'une manière à peu près constante, si bien qu'il n'est pas possible de penser qu'il s'agissait toujours d'une de ces formes de

gastrite chronique qui présente si souvent les caractères du cancer de l'estomac. M. Brissaud cite cinq cas dans lesquels il était impossible de songer à une erreur de diagnostic, et cela d'autant plus que, dans trois de ces cas, il y avait une tumeur de la région épigastrique des plus appréciables.

Dans ces cinq cas, le chlorate de soude a été donné à la dose de 12, 14 et même 16 grammes dans les vingt-quatre heures, et, suivant l'auteur, les malades dont il s'agit sont absolument guéris. En effet, sous l'influence du traitement on a vu disparaître les hématémèses et les selles mélaniques, tout comme on a constaté le retour de l'appétit, la disparition de l'état cachectique. Bien plus, dans les trois cas où il existait une tumeur de la région épigastrique, on a vu cette tumeur disparaître complètement, trois mois environ après le début du traitement.

Et ici, M. le docteur Brissaud ne parle que des succès obtenus dans des cas indiscutables, car il a vu d'autres cas qu'il pourrait considérer aussi comme des succès, mais pour lesquels le diagnostic était moins évident.

Mais il y a aussi des insuccès. En effet, il existe des formes de cancer de l'estomac, plus particulièrement les formes épithéliales, qui paraissent être très favorablement influencées par le chlorate de soude ; mais il en est d'autres, et ce sont spécialement les formes sarcomateuses qui semblent résister à ce traitement, De plus, il est des cas où les insuccès sont dus à ce que déjà la cachexie cancéreuse est très avancée et à ce que des généralisations de la tumeur cancéreuse se sont faites dans les autres organes. Enfin, il est encore d'autres cas où des complications très importantes existaient déjà et contre lesquelles le traitement par le chlorate de soude s'est montré absolument impuissant.

Dans un des cas où le traitement n'a pas réussi, il y avait déjà une propagation du cancer à la glande hépatique quand on a commencé le traitement. Dans un autre cas, il s'agissait d'un cancer dont la généralisation se faisait avec une extrême rapidité ; et cependant chez la jeune femme qui était porteur de cette tumeur cancéreuse, le chlorate de soude qui avait été administré par M. le Dr Nélaton, à la dose de 16 gr. par jour, avait donné des résultats importants, puisqu'il avait fait disparaître les hématémèses, et que, en quelques se-

maines, la malade avait retrouvé son appétit et avait engraissé de seize livres. Et l'amélioration était telle que l'on avait cru à une erreur de diagnostic, quand, la mort survenant, l'autopsie démontra que l'on était bien en face d'un cancer de l'estomac généralisé.

Un autre insuccès s'est présenté chez un malade qui a eu, comme complication de son mal, une phlébite de la veine cave inférieure. Donc, pas plus que les cas dont il vient d'être question, celui-ci ne peut être compté dans une statistique des résultats obtenus à l'aide du chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac.

En se basant sur ses observations cliniques, M. Brissaud affirme donc que, depuis quatre ans qu'il emploie le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, il n'a pas eu une autopsie de cancer purement gastrique. Et, pour appuyer encore ses assertions à cet égard, il cite un cas de M. le docteur Hanot, dans lequel le traitement par le chlorate de soude a amené dans l'état d'un malade une amélioration telle qu'il a pu quitter l'hôpital. Il cite pareillement un cas observé par M. Le Gendre, et dans lequel semblable amélioration s'est produite, et enfin, dans un autre cas, observé par un des élèves de M. Brissaud, l'amélioration a été telle que l'on a pensé avoir eu affaire à une erreur de diagnostic.

« Le chlorate de soude, ajoute M. Brissaud, a déjà été préconisé comme diurétique et comme antidiphtéritique. Pourquoi lui a-t-on toujours préféré le chlorate de potasse? Il ne pouvait y avoir une raison que dans la question de prix ; mais aujourd'hui cette raison n'existe plus, attendu que le chlorate de soude a perdu actuellement toute espèce de valeur, si bien que, à mon avis, le chlorate de potasse est appelé à disparaître de la pharmacopée et à être remplacé par le chlorate de soude. Déjà, dans des cas de stomatite ulcéreuse, nous avons pu nous convaincre de son efficacité, et d'autre part, nous savons que ce sel est loin d'être toxique comme le chlorate de potasse.

« Comment peut-on expliquer l'action du chlorate de soude? Les uns pensent qu'il n'est ni fixé, ni décomposé dans l'organisme, d'autres croient, au contraire, qu'il est en partie décomposé. Mes internes en pharmacie, qui ont fait à

ce sujet quelques recherches, ont constaté qu'il y avait élimination notable du médicament.

« Quoi qu'il en soit, je veux seulement signaler aujourd'hui les résultats les plus encourageants que m'a donnés le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, résultats qui peuvent déjà être regardés comme équivalant à une guérison définitive, et cela chez un nombre suffisant de malades pour que l'on ne puisse penser qu'il y ait eu autant d'erreurs de diagnostic. »

Prophylaxie et traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est presque toujours le résultat d'une inoculation virulente qui a lieu à la fin de l'accouchement au moment du passage de la tête de l'enfant dans le vagin.

Pour empêcher cette inoculation, le premier moyen prophylactique à employer, c'est de pratiquer la désinfection vaginale aussi complète que possible avant l'accomplissement du travail. Pour cela, le docteur Fage conseille, pendant les derniers jours de la grossesse, des bains et des injections vaginales fréquentes avec une solution de sublimé au millième. Au moment du travail il fait pratiquer des injections avec une solution de sulfate de cuivre à 5 pour mille.

Comme la stérilisation de la muqueuse peut rester incomplète, il veut qu'aussitôt après l'accouchement on passe sur les paupières du nouveau-né un petit tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé à 25 centigrammes sur mille grammes. Après quoi on entr'ouvre les paupières et on insuffle entre elles et le globe oculaire une certaine quantité d'iodoforme ou mieux encore d'aristol réduits en poudre aussi fine que possible.

Lorsque l'ophtalmie se développe malgré ce traitement prophylactique, le docteur Fage conseille des irrigations très fréquentes sur la conjonctive avec la solution de sublimé à 25 centigrammes sur 1000 grammes, ou bien avec celle de permanganate de potasse à 50 centigrammes par litre. Pour faire ces irrigations il faut écarter les paupières, les retourner, et opérer de manière à balayer bien complètement les culs-de-sac de la face conjonctivale des paupières.

On se sert avec avantage pour cette opération d'un tube-siphon ou d'un injecteur à poire dont on modère la violence du jet.

Lorsque l'ophtalmie est très violente, on pratique toutes les 24 heures, pendant deux ou trois jours de suite, la cautérisation de la conjonctive malade avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100. Cette cautérisation doit être précédée d'une irrigation avec la solution de sublimé qui nettoie bien exactement la surface malade. On renverse ensuite les paupières et on en badigeonne toute la surface interne avec un petit écouvillon d'ouate trempé dans la solution de nitrate dont l'excès est immédiatement neutralisé par un rapide lavage à l'eau salée. Il est important d'atteindre les culs-de-sac conjonctivaux avec le caustique. Cette manœuvre doit être faite assez habilement pour ne pas toucher la cornée.

La cautérisation au nitrate d'argent ne dispense pas des irrigations avec la solution de sublimé. Au contraire, c'est le jour de cette opération qu'il faut faire les irrigations avec le plus de soin et en plus grand nombre.

Après chaque pansement il faut avoir soin de recouvrir l'œil malade avec un pansement antiseptique qu'on fait tenir au moyen d'une bande de tarlatane gommée. Lorsque l'ophtalmie purulente est unilatérale, ce pansement de l'œil malade est le meilleur moyen à employer pour préserver de la contagion l'œil sain. (*Gazette médicale de Picardie* du 15 septembre 1893.)

De l'absorption de l'acide salicylique par la peau et du traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le docteur Bourget, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — L'absorption de l'acide salicylique par la peau est rapide et très intense. La peau des sujets jeunes a plus de pouvoir absorbant que celle des sujets vieux, et celle des blonds semble plus perméable que celle des individus à poil noir et à peau basanée.

La rapidité et l'intensité de cette absorption cutanée dépend aussi du véhicule employé pour dissoudre l'acide salicylique. Les corps gras sont les seuls qui en permettent à un haut degré la pénétration au travers de la peau, tandis

qu'avec la vaseline ou la glycérine celle-ci est nulle ou beaucoup moins active.

L'auteur recommande le traitement du rhumatisme articulaire aigu par une pommade contenant 10 % d'acide salicylique incorporé à l'axonge lanolinée et térébenthinée. On enduit le pourtour des articulations atteintes avec cette pommade et on enveloppe le membre avec des bandes de flanelle.

Le grand avantage de la méthode externe est de supprimer la douleur avec une rapidité quelquefois surprenante; le gonflement diminue aussi rapidement et la fièvre tombe en général vers le cinquième jour.

Pendant les deux ou trois premiers jours du traitement, l'épiderme est rouge et luisant, il subit une sorte de dissolution qui le mortifie, et il peut s'enlever bientôt par larges plaques.

L'auteur n'a jamais constaté dans les 19 cas où il a employé cette méthode les fâcheux accidents qu'on observe si souvent lorsqu'on donne l'acide salicylique à l'intérieur, tels que bourdonnement d'oreille, délire, troubles gastro-intestinaux.

Cette méthode est moins efficace dans les autres formes de rhumatisme; mais elle peut être un adjuvant pour le traitement de ces affections par le massage. Son action est nulle dans le rhumatisme blennorrhagique. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 septembre 1893.)

Dangers de la grossesse chez les cardiaques. — Le professeur Leyden appelle l'attention sur la gravité des complications cardiaques de la grossesse. Il démontre par ses recherches statistiques et par celles des docteurs Macdonald, Wesner, Lublinski, Schlayer que la grossesse survenant dans le cours d'une maladie de cœur entraîne la mort 55 fois à peu près sur 100. C'est rarement pendant la grossesse que les malades succombent, c'est plus fréquemment pendant le travail, et le plus souvent c'est peu de temps après la délivrance.

Les causes prochaines de la mort sont représentées par l'œdème pulmonaire et souvent par le collapsus cardiaque. Les femmes cardiaques qui peuvent traverser heureusement

la période des suites de couches restent longtemps très faibles, et chez elles il reste presque toujours une aggravation considérable de leur maladie de cœur.

Le professeur Leyden signale encore la fréquence de l'avortement chez les cardiaques. Ces malades deviennent aussi facilement enceintes que si elles n'avaient rien au cœur; mais chez elles la grossesse arrive plus difficilement à terme. (*Revue gén. de médecine, de chirurgie et d'obstétrique* du 20 septembre 1893, et *Zeitschrift für klin. Med.*, 1893, t. XXIII, fasc. 1 et 2.)

Le suc de raisin et le lait de femme. — Les anciens avaient constaté les propriétés curatives du jus de raisin dans certains troubles digestifs, certaines hydropisies, etc. L'analyse chimique, en nous montrant la grande analogie qui existe entre le suc de raisin et le lait de femme nous rend compte des heureux effets constatés par les médecins uropathes. Qu'on en juge par l'analyse suivante :

Composition pour 100 parties.	*Lait.*	*Raisin.*
Matières albuminoïdes azotées . . .	1,5	1,7
Sucre, gomme	11,0	12 à 20
Substances minérales.	0,4	1,3
Eau	87,0	75 à 83

Si nous en croyons le D[r] Félix Bremond, le raisin peut être un réceptacle de microbes, soit qu'on les recherche dans les raisins secs suspendus aux solives des bastides provençales ou dans les raisins frais. Le docteur Schnirer (de Vienne) a trouvé des bacilles de la tuberculose dans l'eau ayant servi à laver des raisins pendus au panier dans la rue. Ainsi, se trouve justifié, au point de vue hygiénique, le bain de propreté que l'on fait prendre au dessert venu de la vigne, même de celle qui ne fut jamais douchée à la bordelaise.

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LA SYPHILIS ATTÉNUÉE.

Je mentionnais récemment à cette même place un essai infructueux et coupable de vaccination anti-syphilitique.

Il s'agit heureusement aujourd'hui de tout autre chose. Dans l'une des dernières séances de la *Société de thérapeutique*, des faits et des réflexions ont été apportés sur les causes d'atténuation de la syphilis. Faits et réflexions n'ont pas, tant s'en faut, la même valeur. Aussi, ferai-je plus volontiers et avec plus de détails connaître les premiers aux lecteurs du *Lyon Médical*.

Le principal, celui d'ailleurs qui a été le point de départ des communications est un exemple des mieux circonstanciés dû à l'observation attentive de M. le Dr Constantin Paul.

Un homme vigoureux contracte, à 20 ans, la syphilis. Deux ans durant, malgré un traitement parfait, il a des lésions tégumentaires. Traitement encore continué pendant la troisième année. A 28 ans, il se marie et a deux enfants sains.

Trente-six ans après, sarcocèle syphilitique. Au bout de six mois, vertiges, attaques épileptiformes, hémiplégie. L'année suivante, ictère provenant de gommes hépatiques.

Or, l'un de ses fils, né entre la fin des accidents secondaires et le sarcocèle de son père, prit, à 22 ans, un chancre qui dura trois mois, mais ne fut suivi que d'accidents légers, lesquels ne se prolongèrent pas au-delà d'une année.

Deuxième fait, non moins probant : Un homme de 22 ans contracte un chancre suivi d'accidents secondaires qui persistent quatre ans. — Huit ans après son chancre, il se marie et a deux enfants indemnes. — Neuf ans après, il eut une syphilide ulcéreuse qui, malgré un traitement spécifique, ne guérit qu'au bout de six mois.

Or, l'un de ses enfants contracta, à 18 ans, un chancre suivi d'ictère et syphilide papuleuse, le tout terminé dans une année. — Dix ans plus tard il eut deux enfants exempts d'accidents.

Et l'auteur, résumant en clinicien expert l'enseignement

que semblent porter ces deux observations, conclut : « Les pères de ces enfants ayant eu, après leur naissance, une invasion d'accidents, la maladie chez eux n'était donc pas épuisée ; et c'est la circonstance qui m'a fait supposer que c'était à cette condition qu'on devait rattacher l'atténuation. »

Et remarquons à quel point cette donnée nouvelle surgit à la fois originale et démontrée :

Originale. Il ne s'agit point là, en effet, pour ces deux fils, d'une hérédo-syphilis affaiblie, ébauchée. Non : ils ont hérité de leur père juste ce qu'il avait, lui, au moment où il les procréa, c'est-à-dire une syphilis *en puissance*, état qui l'aurait mis en garde lui, le père, contre une cause de réinfection ; qui a rendu ses fils aussi résistants que possible aux effets d'une infection.

Démontrée : Chacun de ces fils avait un frère, un frère qui étant resté sain, sert de témoin, comme dans nos expériences de laboratoire ; prouvant bien que l'effet atténuatif spécial réalisé par l'infection *alors latente* de leur père n'a créé chez ces enfants rien qui ressemble à de l'infection, mais seulement un certain degré de résistance aux conséquences d'une infection éventuelle.

Peut-être aurais-je dû, avant de laisser percer mes espérances, attendre des faits confirmatifs. Mais ces faits, il importe d'en provoquer la production en signalant aux praticiens à quelles conditions leur relation sera tenue pour valable. Car ce n'est pas là un mode d'atténuation fréquent ni, après tout, non plus un moyen qu'on puisse réaliser à volonté.

A ce propos a été mentionnée, mentionnée seulement l'idée de M. le professeur Gemy d'après qui une vérole ancienne et surtout *bien traitée* ne transmettrait qu'une vérole atténuée.

Si la question avait été agitée devant la *Société de syphiligraphie*, nul doute que l'ingénieux et rationnel aperçu de notre distingué confrère d'Alger (d'ailleurs appuyé par lui sur quelques arguments de fait), n'y eût été l'objet d'une appréciation en règle, qu'elle mérite à tous égards. Pour nous, ne voulant pas lui faire attendre cette marque de l'estime toute particulière en laquelle nous tenons son talent et son caractère, nous lui soumettons les remarques suivantes :

« Bien qu'au premier coup d'œil, cher confrère, votre idée ne laisse apercevoir d'autre portée que celle d'une explication après coup, n'y démêlez-vous rien de plus ? J'y entrevois, moi, trois éclaircissements :

« D'abord sur l'une des causes d'atténuation ou d'aggravation les plus répandues et les plus obscures. La syphilis des hommes est, en général, plus grave que celle des femmes. — « Et pourquoi ? » — Parce qu'elle leur vient des femmes, lesquelles ignorantes et insoucieuses des conséquences de leur mal, ne s'en traitent guère. Deuxièmement, la syphilis des nourrices a une intensité exceptionnelle. — Pourquoi ? — Parce qu'on ne traite pas un nouveau-né avant de le mettre au sein.

« Troisième application de votre doctrine, immédiatement utilisable celle-là. Les filles *soumises*, surtout celles en maison, sont obligatoirement soumises à un traitement régulier dès que, à la visite hebdomadaire, on leur a découvert quelque symptôme. Donc si, malgré toute précaution, elles transmettaient la syphilis, ce ne serait qu'une syphilis atténuée. De là devoir pour l'Administration, en redoublant de rigueur dans la chasse aux clandestines, de rabattre le *gibier* vers les maisons de tolérance. »

Il se peut néanmoins, quelque significatifs qu'ils paraissent, que ces faits, — auxquels j'en pourrais joindre un de ma pratique, qui tombe sous la *loi Gemy*, — rentrent tout simplement dans la classe réputée inextricable des milliers d'exemples d'atténuations accidentelles dont chaque jour nous offre la consolante fréquence et l'inattendue diversité.

J'ai dit *inextricable* parce que la discussion improvisée à la *Société de thérapeutique* montre combien l'opinion est encore hésitante sur la réponse à faire à cette question que je posai il y a trente ans : « D'où vient qu'il y a des syphilis faibles et des syphilis fortes? » Incriminant tour à tour le terrain et la graine, on a signalé, à la charge du premier, l'exemple d'une fille donnant, dans la même séance, à quatre amants quatre véroles tellement inégales que bénigne chez l'un elle fut mortelle pour un autre. A ce coup, ceux qui admettent l'influence de la graine ont répondu par l'histoire d'une syphilis à manifestations nerveuses qui, transmise à plusieurs sujets, fit naître chez eux des syphilis à manifesta-

tions principalement nerveuses... Dans cette pauvre richesse de documents dont s'encombre l'instruction d'un procès aussi important, j'ai même remarqué, citée, je pense, comme prouvant l'influence du terrain, l'hétérogène observation d'un jeune homme de constitution exceptionnellement robuste qui *n'avait rien pu prendre* au contact réitéré d'une femme en pleine éclosion de plaques muqueuses vulvaires ; et qui, huit ans plus tard, alors affaibli par une maladie qui lui avait fait perdre onze kilog., pour avoir pratiqué un seul coït avec sa maîtresse atteinte d'un chancre, prit une syphilis des plus rebelles.

Si, laissant pour ce qu'il prouve cet épisode, nous revenons à l'étiologie des syphilis fortes ou faibles, je ferai remarquer qu'elle serait moins obscure, que l'on se serait moins longtemps arrêté à osciller entre la graine et le terrain, que notamment on serait moins déconcerté de voir une syphilis s'annonçant d'abord comme faible, devenir ultérieurement forte, et vice versa ; si l'on voulait bien réfléchir :

Que, seule parmi les maladies générales de son espèce, la syphilis a une longue durée, occupe parfois une partie notable de l'existence ;

Qu'il est par conséquent dans l'ordre que le terrain (de la qualité duquel dépendent, soit la fugacité, soit la persistance des microbes qui y vivent et en vivent), le terrain, c'est-à-dire notre organisme, soit exposé à subir pendant ce temps des changements ;

Que ces changements, d'ailleurs inhérents à l'exercice même de la vie, sont souvent de nature à produire sur notre nutrition, et par contre-coup sur celle de nos microbes commensaux, des modifications en bien ou en mal ;

Que, parmi ces dernières, s'il en est que le médecin, que l'ami-médecin peut conjurer, atténuer, neutraliser, il en est de nature à braver ses efforts. (On lutte contre l'alcoolisme, contre l'impaludisme, contre telle passion débilitante. Qu'opposer d'efficace à l'arthritisme ou à l'immixtion d'une belle-mère bêcheuse et grincheuse ? à la scrofule ou à une série de faillites, au surmenage obligatoire d'un examen, d'un concours, d'une élection ?)

Que, lentes ou soudaines, patentes ou latentes, ces inter-

currences, qui modifient l'organisme, ne peuvent donc agir sans modifier la syphilis.

Le bon sens des praticiens étant mis en éveil sur la justesse de ce point de vue, leur discernement sur son utilité, je le recommande de façon spéciale,

D'abord parce que à la fois il nous donne le désir et nous enseigne le moyen de voir clair, de lire dans la maladie et dans le malade ;

Puis, parce que chacun des indices qu'il découvre dans ce sens devient une indication préventive ou curative immédiatement applicable ;

Enfin, un dernier avantage est le service professionnel qu'il rend au praticien. Que de fois moi-même n'ai-je pas été accusé d'erreur de diagnostic pour avoir, à son début, qualifié de *faible* une vérole qui par la suite se mit à mal tourner ! Était-ce donc ma faute ? Quand j'ai constaté, du côté de la maladie, la bénignité de ses premiers symptômes, du côté du malade des conditions régulières d'âge, de santé, de vigueur, de fortune, d'hygiène, de résistance morale, sachant qu'il y a des syphilis faibles et fortes, suis-je téméraire de déclarer que celle-ci s'annonce comme devant être du nombre des premières ? Mon pronostic n'a pas, ne peut avoir d'autre portée. Parce qu'un jeune homme s'est conduit irréprochablement jusqu'à vingt ans, allez-vous lui délivrer un brevet de sagesse pour le reste de sa vie ? De même, me rendriez-vous responsable de l'effet qu'exerceront sur la vérole les révolutions de toute sorte auxquelles pendant trois ou quatre ans le vérolé est exposé, celles notamment contre lesquelles la médecine ne peut rien, absolument rien ? Alors je me couvrirais de l'autorité d'un judicieux client rudement malmené à la Bourse, plus rudement par une récidive d'ecthymas, née du désarroi où l'avait plongé son désastre financier. Un jour que, faute de mieux, je lui vantais le mérite de la médication tonique, que j'insistais sur la valeur des reconstituants : « Les reconstituants ! oui, oui, docteur, dit-il : je crois bien effet que le meilleur remède serait de me reconstituer mon capital. »

P. Diday.



VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon aura lieu cette année le 9 octobre. L'Administration des hôpitaux a bien fait d'avancer la date de ce concours qui avait lieu ordinairement à la fin du mois d'octobre. Elle laisse ainsi aux nouveaux internes la possibilité de consacrer avant d'entrer en fonctions quelques jours à un repos dont ils ont bien besoin après la préparation et les épreuves du concours.

Les candidats sont, comme toujours, très nombreux; 50 pour douze places.

Le jury médical est composé des docteurs Bard, Colrat, Cordier, Gangolphe, Lannois, Levrat, Pic.

Le concours sera présidé par le docteur Dron, administrateur des hospices.

Banquet annuel de l'internat. — Ce banquet aura lieu le lundi 9 octobre, au Grand Hôtel Collet, rue de la République; il sera présidé par M. Ollier.

La cotisation est fixée à 12 francs. On se réunira à six heures précises.

Les adhésions doivent être adressées à M. Mouisset, place des Jacobins, 1.

Comme on fait parler les médecins ! — MM. les intervieweurs qui savent si bien faire parler devraient bien s'exercer à entendre. Dernièrement, un journal de Lyon *reproduisant*, disait-il, l'avis de deux confrères, MM. les docteurs A... et T... sur l'issue de la maladie d'un général illustre, leur prêtait ce propos : « La mort est prochaine et *irrémédiable.* »

La pratique de la médecine aux colonies. — On sait que le général ministre de la guerre vient d'interdire récemment la pratique de la clientèle civile aux médecins de son département. Il est curieux de rapprocher de ce fait la décision prise par M. Delclassé, sous-secrétaire d'État aux colonies.

Voici les principaux passages de sa circulaire :

Certains médecins civils ont tenté des démarches en vue d'obtenir que la pratique médicale fût, pour ainsi dire, interdite aux médecins possesseurs d'un grade militaire. Nous avons pensé que le moment était venu de fixer les règles à suivre à ce sujet.

Il a été impossible à l'Administration de décider que les officiers du corps de santé des colonies auront le droit d'exercer la médecine sur tel ou tel point du globe et ne ne l'auront pas sur tel autre, ou bien ce droit sera subordonné à la présence de tel ou tel nombre de médecins civils.

J'estime que les médecins appartenant au corps de santé des colonies en service dans nos différentes possessions d'outre-mer ont la faculté d'y exercer la médecine, mais qu'ils doivent être soumis à toutes les obli-

gations imposées aux médecins civils établis dans la même colonie, telles que patente.

Il demeure entendu que le service d'État passe en première ligne, et que les officiers du corps de santé des colonies doivent, si cela est nécessaire, y consacrer exclusivement tout leur temps. En outre, ils ne sauraient perdre de vue un seul instant qu'ils ont pour stricte obligation de se garder sévèrement de tout ce qui serait contraire à ce qui constitue l'honneur de l'état d'officier, de se montrer modérés dans la réception des honoraires et de ne jamais les solliciter ni les exiger judiciairement.

Du traitement des vénériens par les sociétés de secours mutuels. — Un grand nombre de sociétés de secours mutuels d'Allemagne refusent, en vertu de leurs règlements, tout secours à ceux de leurs membres atteints de maladie vénérienne. Les ministres prussiens de l'intérieur, de l'hygiène et du commerce se sont entendus pour inviter ces sociétés à accorder à leur adhérents atteints d'affections vénériennes les soins médicaux et les médicaments nécessaires à leur guérison. Ils insistent sur l'utilité qu'il y a au point de vue de l'hygiène publique à assurer la prompte guérison de ces malades.

En France également les sociétés de secours mutuels n'accordent aucun secours aux vénériens. Il y a une vingtaine d'années, un médecin lyonnais, le docteur Chiara, a publié dans ce journal un article faisant ressortir les dangers d'une pareille réglementation.

Chemin de fer du sud de la France. — Comme la Compagnie générale des omnibus de Paris, celle des chemins de fer du Sud de la France a fait afficher dans les wagons : « Il est interdit de cracher sur le parquet. »

Chez un dentiste. — Il y a encore des dentistes dont toute la science réside dans la vigueur du poignet. Saisi d'une rage de dents atroce, un chroniqueur du *Temps* alla chez un dentiste d'une petite ville qui lui avait été indiqué comme étant d'une habileté rare. « En entrant, dit-il, je reconnus du premier coup d'œil un ancien brigadier de gendarmerie que j'avais vu naguère sous le baudrier. Je ne pus m'empêcher de lui rappeler ce glorieux passé, et je lui demandai où il avait appris la profession de dentiste. Il saisait sa clef de Darengeat d'une main puissante et me dit : « Avec ça, Monsieur, pas besoin d'études. C'est le plus beau des instruments ! Une fois la dent saisie, rien à craindre : il faut qu'elle vienne. Ça vous emportera plutôt la mâchoire. Vous allez voir ! » Je le félicitai de son habileté, mais je m'esquivai lâchement. Je ne souffrais plus. »

Quinze fois des jumeaux. — Une femme en Angleterre a eu *quinze fois des jumeaux*. Le nombre de ses enfants s'élève à 33 ; de ce nombre 24 sont morts avant six mois. (*The Lancet*, 22 juillet.)

Concours pour une place de médecin dans les hôpitaux de Lyon. — Par erreur ce concours a été annoncé pour le 21 mars 1894. La date réelle de son ouverture est le 12 mars, une semaine plus tôt.

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Septembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent.		MILLIMÈTRES d'eau en 24h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap.	
17	744	12 s	741	0 m	+25.6	11 m	+14.8	6 m	95	46	4.8	4.1	17
18	744	0 m	742	7 s	+22.8	2 s	+11.6	6 m	91	56	4.5	1.9	27
19	744	11 m	738	12 s	+23.8	2 s	+ 9.3	6 m	93	53	0.0	2.4	23
20	741	12 s	736	9 m	+21.3	3 s	+12.8	0 m	92	69	7.6	2.2	19
21	743	10 s	740	4 s	+21.3	2 s	+12.4	1 m	99	79	4.3	1.0	17
22	745	9 s	741	2 m	+19.2	2 s	+11.5	0 m	75	61	2.1	1.5	23
23	744	0 m	742	4 s	+18.9	11 m	+11.2	6 m	91	75	0.3	1.5	25

MALADIES RÉGNANTES. — Nous avons cette semaine six décès de plus que la semaine passée. Au lieu de 142 que donnait la période hebdomadaire précédente, nous en avons 148; ce qui représente pour la ville de Lyon un coefficient mortuaire annuel de 19,29 pour 1000.

Le nombre des naissances reste légèrement supérieur au nombre des décès, 157 naissances contre 148 décès.

La fièvre typhoïde reparaît et on l'observe en ce moment aussi fréquemment chez les enfants que chez les adultes.

La diphtérie continue ses ravages, surtout dans le troisième arrondissement.

On signale quelques cas de coqueluche dans le quartier de Perrache.

Il y a aussi à noter quelques scarlatines.

Toujours beaucoup de rhumatismes, et, depuis que la température a baissé, un bon nombre d'affections des voies respiratoires, angines, bronchites, pneumonies et quelques pleurésies.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 23 septembre 1893, on a constaté 157 décès :

Fièvre typhoïde....	6	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	14
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	3	— des reins....	3
Rougeole....... ..	0	Pneumonie........	4	— cancéreuses.	7
Scarlatine..	1	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	9
Érysipèle.........	2	Phthisie pulmon...	23	Débilité congénitale	2
Diphtérie-croup...	5	Autres tuberculoses.	9	Causes accidentelles	4
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	5	Aut. causes de décès	8
Affect. puerpérales	0	Mal.cérébro-spinales	16		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	14	Naissances.......	157
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2 a.)	2	Mort-nés	12
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	4	Décès	148

Le Président du Comité de rédaction, **H. MOLLIÈRE.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

LA HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE ;

Par M. Jaboulay,
Agrégé, Chef des travaux anatomiques,
Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

La hernie ombilicale s'observe tantôt au début de l'existence chez les nouveau-nés ou les petits enfants (nous ne parlons pas de la hernie embryonnaire), tantôt à l'âge mur. Mais il est une période de la vie qui semble ne pas être atteinte par cet accident, c'est la période de l'adolescence et de l'âge adulte, du moins chez l'homme, car la femme peut présenter des hernies ombilicales de faiblesse à la suite des accouchements.

Cette variété de hernies est due en pareil cas à la distension de l'orifice ombilical ou à une éraillure produite dans le voisinage de la cicatrice, à la paroi abdominale, à la suite de l'ampliation exagérée de la cavité. Et comme c'est encore à la trop grande largeur de l'orifice ombilical en retard dans son processus de cicatrisation et de fermeture qu'on peut attribuer la hernie du nouveau-né, on peut dire que la hernie ombilicale est le plus souvent une hernie de faiblesse.

Cependant on peut encore observer, et nous avons pu voir des cas de ce genre, une hernie ombilicale chez de jeunes hommes qui portent en même temps une hernie inguinale droite péritonéo-vaginale congénitale.

Chez un jeune homme de 19 ans nous opérâmes l'une et l'autre. La hernie ombilicale était survenue à la suite d'efforts, comme d'ailleurs la hernie inguinale, faits pour soulever des fardeaux. La hernie ombilicale était de la grosseur d'un marron, arrondie, dépressible, mollasse comme une épiplocèle. Une incision verticale nous mena directement sur elle, et après l'ouverture du péritoine, l'épiploon apparut. Avec une sonde cannelée nous explorâmes l'orifice par où il faisait saillie. Cet orifice conduisit dans un trajet obliquement ascendant qui menait dans la grande cavité

péritonéale. Ce trajet avait 4 à 5 centimètres de longueur. Mais il était impossible de pénétrer dans la cavité abdominale par des manœuvres antéro-postérieures. C'est dire que la hernie épiploïque s'était faite dans un véritable canal tout à fait analogue au canal inguinal. C'est en effet ce que nous pûmes constater de visu en incisant la paroi antérieure, au-dessus de l'ombilic, sur une hauteur correspondant à la longueur du trajet. Après cette incision, l'épiploon était à nu et derrière lui, le séparant encore de la grande cavité péritonéale, une membrane fibreuse verticale réunie en bas au pourtour de l'ombilic, se terminant en haut en un rebord falciforme. Ce rebord limitait la partie inférieure de l'orifice supérieur du trajet. L'épiploon fut réséqué et suturé entre des fils à chaîne, et le canal ombilical, que l'on a reconnu dans cette description, et dont la paroi antérieure avait été incisée, apparut vide, avec le fascia umbilicalis pour paroi postérieure. Nous avions sur le vivant la préparation du canal que Richet a si bien décrit et que souvent d'ailleurs nous avons rencontré dans nos dissections.

Dans le cas que nous étudions, ce canal avec sa doublure péritonale a eu une importance de premier ordre, et l'on peut dire qu'il a été la raison d'être de la formation de cette hernie, autant que le canal vagino-péritonéal, dans la persistance de son trajet entier ou d'une ou plusieurs de ses parties, est la raison d'être des hernies inguinales congénitales. Notre malade avait d'ailleurs, suivant la règle, ces deux variétés de hernie : à l'ombilic et au canal inguinal droit. Ainsi, l'absence du canal ombilical aurait valu à notre malade de n'être pas atteint de hernie dans cette région, car à son âge on n'a pas de hernie ombilicale.

Il guérit d'ailleurs facilement de sa hernie inguinale que nous opérâmes en même temps que l'autre, par le procédé de Bassini. Il y eut une anicroche pour la hernie ombilicale. En effet, la ligature de l'épiploon et sa résection donnèrent un abcès enkysté du péritoine dû probablement à l'infection des fils de catgut qui nous avaient servi. Trente jours après la kélotomie, le malade avait des frissons, 40°, une douleur vive sous-ombilicale et du gonflement profond à ce niveau, enfin deux cordons de lymphangite qui allaient aux ganglions du pli de l'aine à droite. Une incision faite de front

sur la collection fit sortir du pus à odeur infecte, des débris d'épiploon sphacélés et putréfiés, et des fils de catgut qui étaient restés, chose curieuse, intacts et sans trace de résorption, certainement à cause de l'infection des tissus ambiants. La guérison fut rapide après cette seconde intervention.

Pour obtenir la cure radicale de la hernie ombilicale nous avions simplement suturé le bord supérieur du fascia umbilicalis à la paroi antérieure du canal, qui fut au-dessous reconstituée par des sutures.

Ainsi, un premier point à retenir dans cette observation, c'est la coexistence sur le même individu, un jeune homme de 19 ans, d'un canal péritonéo-vaginal, et d'un canal ombilical, devenant l'un et l'autre, simultanément, l'origine d'une hernie. De même que tous les cas où persiste le canal vagino-péritonéal ne s'accompagnent pas de hernie inguinale, de même les cas où se trouve le canal ombilical, ne sont pas forcément suivis de hernie ombilicale. Mais pour qu'une hernie ombilicale se produise chez un adolescent, un jeune homme ou un homme mûr, dont les parois abdominales n'ont pas subi les effets de la distension, il est nécessaire que ce trajet, qui est certainement plus fréquent que ne le pense Richard et Sachs, existe. Il vaut à l'ombilic, le canal vagino-péritonéal à la région inguinale. Et grâce à ces dispositions anatomiques, le nom de hernie ombilicale congénitale paraît convenir à la hernie que nous décrivons, autant que celui de hernie inguinale congénitale convient à la hernie dans le canal vagino-péritonéal, lors même qu'elle n'apparaît que longtemps après la naissance.

Quand on opère ou dissèque de semblables hernies, on trouve en allant d'avant en arrière le tégument et sa doublure et immédiatement dessous l'enveloppe séreuse, il n'y a pas trace de fascia fibreux entre les deux couches, et c'est là d'ailleurs ce qui existe pour les hernies homologue, inguinale, congénitale. Cependant il ne faudrait pas faire de l'absence de membrane fibreuse enveloppante, le signe distinctif de la hernie congénitale et de la hernie acquise dans la région ombilicale, signe qui paraît avoir une certaine valeur à la région inguinale où le fascia transversalis entourerait la hernie acquise et manquerait, au contraire, autour des

hernies produites dans le canal péritonéo-vaginal. Car les hernies ombilicales acquises résultent d'une éraillure dans la cicatrice ou son pourtour et leur sac séreux est aussi sous-cutané. La distinction est basée sur la présence du canal ombilical, d'une part, et de l'autre sur les signes subjectifs dont les principaux sont le sexe masculin, l'âge où apparaît la hernie et qui est l'adolescence ou la période adulte de la vie, en dehors de toute distinction d'origine intra-abdominale, enfin la coexistence d'une hernie inguinale droite.

Comme la hernie inguinale congénitale, la hernie du canal ombilical est oblique dans sa direction et non directe et antéro-postérieure comme l'est la hernie ombilicale acquise, et par distension ou par éraillure.

Il y a donc une analogie frappante entre les hernies inguinales et les hernies ombilicales : hernies obliques, dans le canal, qui sont dues le plus souvent à l'existence d'une disposition anatomique particulière et non constante, canal vagino-péritonéal, ou canal ombilical. Ce sont des hernies de force, et la même division qui a été adoptée pour l'une de ces variétés peut être acceptée pour l'autre.

Reste un point important à discuter. Le canal ombilical fibreux, tel qu'il a été décrit par Richet, suffit-il pour la production de la hernie que nous voudrions voir entrer dans les descriptions didactiques ? ou bien doit-il être doublé de la présence, à l'intérieur de ce canal, d'un autre canal ombilical péritonéal ? La présence de l'un et de l'autre, l'invagination du second dans le premier, sont les conditions de l'apparition de cette hernie, qui n'est pas une hernie par glissement ; et l'origine de la doublure péritonéale dans le canal de Richet est congénitale, comme est congénital le canal péritonéo-vaginal, ou un diverticule pro-péritonéal. A ce propos, je voudrais dire qu'il faudrait peut-être réformer certaines notions classiques sur les relations de cause à effet entre la descente du testicule et la production d'un diverticule péritonéal le long du cordon spermatique, et cela servirait à calmer l'étonnement que va provoquer notre affirmation de l'existence possible d'un canal péritonéal intra-ombilical. Le canal de Nück est-il dû à la migration d'un organe ? Et n'observe-t-on pas une hernie inguinale dans le cas d'ectopie testiculaire ? La hernie om-

bilicale vaut ici ce que valent les éléments du cordon. On peut donc dire que les malformations péritonéales consistant en poches ou canaux centrifuges, inguinaux ou pro-péritonéaux sont congénitales, qu'elles ont des lieux d'élection dans les parois abdominales, parmi lesquels se trouve le trajet ombilical, comme sont congénitales les poches rétropéritonéales. S'il est un point de la paroi abdominale où les diverticules congénitaux du péritoine doivent se trouver, n'est-ce pas celui où a existé la communication entre le cœlome externe et le cœlome interne ?

SUR L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE JEUNE AGE ;

Par le docteur VIVIEN.

Au cours de nos études médicales, nous avons visité un grand nombre de villes d'eaux françaises : ce que nous consignons dans ce travail, nous l'avons vu ou appris de confrères exerçant sur les lieux-mêmes.

Nous nous sommes appliqués à mettre en vedette les eaux plus particulièrement utiles à la première enfance. Mais, sur un tel sujet, il est difficile d'être complet, et dès le début nous tenons à nous excuser pour les omissions nombreuses sans doute que nous avons pu commettre.

I. — EAUX ARSENICALES.

Mont-Dore, à 1040 mètres d'altitude, au centre de la France, pays curieux et sauvage, station la plus élevée de France après Barèges.

Si les hôtels sont peu séduisants, si les malades à leur retour ne sont pas contents, l'efficacité du Mont Dore dans les affections chroniques des voies respiratoires est hors conteste. Pendant la belle saison, envoyez-y vos petits coquelucheux de l'hiver passé, vos jeunes emphysémateux, asthmatiques, bronchitiques, tous s'en trouveront bien : à l'automne les premiers ne s'enrhumeront plus, et les autres seront tellement améliorés que vous placerez le Mont-Dore

au nombre des stations rendant le plus de service dans la thérapeutique infantile.

Pour obtenir de tels résultats, on se rappellera toutefois que le Mont-Dore convient surtout aux enfants entre quatre et dix ans : après cet âge, Cauterets, Allevard, les Eaux-Bonnes seront plus appropriés.

Dans ces limites, songez à cette station pour tous vos chroniques atteints de coryza, de pharyngite, de trachéo-bronchite. Challes toutefois réussira mieux à ceux qui sont atteints de coryza ulcéreux. Pour vos cas d'adénopathie bronchique, compliquée ou non d'emphysème, de bronchorrhée, avec ou sans état nerveux, les eaux du Mont-Dore sont calmantes, enfin, et surtout songez-y lors de la convalescence de vos coqueluchеux.

Y enverrez-vous les jeunes bacillaires ? Les cliniciens sont d'avis différents. Nous pensons que contre-indiquées formellement au-dessous de trois ans et au-dessus de douze ans, ces eaux peuvent convenir aux phtisiques au premier et au deuxième degré, chez qui la lésion prime la fièvre, et qui ne sont pas réclamés par Cauterets ou Allevard.

Comment agissent les eaux du Mont-Dore ? En vain, l'analyse, la température sont consultées. D'une température variant entre 15° et 45°, elles possèdent une minéralisation très faible : 1 gr. 70 en tout.

1 gr. 10 de bicarbonates alcalins, 0,01 cg. de fer, 0,10 cg. de sulfate de soude, 0,30 cg. de chlorure de sodium, 0,06 cg. d'alumine, autant de silice, des traces d'arséniate (0 gr. 0009), ne sont pas des quantités qui permettent d'en expliquer les heureux résultats.

Le mode d'administration est peut-être plus important : les salles d'inhalation où l'on respire la vapeur obtenue par l'ébullition des eaux agissent plus efficacement que les autres modes d'administration (boissons, pulvérisations, bains), et constituent en réalité des étuves où les malades aspirent de l'eau forcée. Au Mont-Dore, mieux qu'ailleurs, on peut dire : Tant vaut le médecin, tant vaut l'eau.

La Bourboule, située au centre de la France, au pied du Puy-de-Dôme, est d'un accès relativement facile. Elle est à une heure de la voie ferrée. Bien qu'à 884 mètres d'altitude,

la Bourboule se trouve dans une large vallée, mal abritée des vents.

Les eaux y sont abondantes, d'une température élevée (52° en moyenne) et d'une minéralisation forte. Avec 2 gr. de bicarbonates, 4 gr. de chlorures, elles ont près de 18 milligrammes d'arséniate par litre, sans compter des traces de fer, d'alumine et de silice. Cette eau, la plus arsenicale de France, est lourde à digérer : elle ne convient donc pas aux dyspeptiques, mais sauf cette contre-indication elle est à conseiller à tous vos petits clients herpétiques, que ce soient des anémiques, des scrofuleux, avec des manifestations nasales, auriculaires qui les ont éloignées des bords de la mer, que ce soient des candidats au rhumatisme, au nervosisme.

Les vieilles dermatoses, tels que psoriasis, eczéma rebelle à la thérapeutique ordinaire, les cachectiques tels que diabétiques fatigués, goutteux, ataxiques, syphilitiques, seront améliorés par le séjour à la Bourboule; toutefois, chez ces malades on recommandera de ne prendre l'eau qu'en boisson, en petite quantité seulement, et l'on défendra les bains.

Herpétisme invétéré, avec ou sans manifestations bronchitiques, scrofulats de vérole : voilà les indications de la Bourboule.

Bagnères-de-Bigorre, station assise sur le versant nord des Pyrénées, à accès facile, est avec ses 76 sources d'une utilité incontestable dans la thérapeutique infantile. Les adultes névropathes y font aussi d'excellentes cures.

La source *Salut*, dont la température est de 32°, est unique en France. Elle donne à la main une souplesse qui s'explique par l'acide silicilique. Contre le nervosisme du jeune âge, ses effets sont merveilleux. Là nous enverrons les hystériques, les choréiques, tous ces enfants bavards, menteurs, ces fillettes plus ou moins fantasques qui jettent le trouble dans les familles en y jouant un rôle de comédie ou de comédienne très instructif pour le docteur.

Par ses sources antirhumatismales, sulfureuses, arsenicales, salées, diurétiques et ferrugineuses, Bagnères convient aux familles névropathiques en leur offrant la facilité de traiter simultanément plusieurs de leurs membres.

Royat (Puy-de-Dôme), à 2 kilomètres de Clermond-Ferrand, jouit d'une situation exceptionnelle. Riche par l'abon-

dance du débit de ses eaux, elle ne l'est pas moins par la variété de ses principes minéralisateurs (0,70 cg. d'acide carbonique par litre, 1 gr. 50 à 3 gr. de bicarbonates surtout terreux, 1 gr. 50 de chlorure de sodium, 4 milligrammes d'arséniate de soude, sans compter des traces de fer, d'alumine, de silice et de lithine), en font une eau à la fois digestive et non affaiblissante. Rappelons sa température qui varie entre 35° et 29°, et nous ne serons plus surpris des nombreuses indications auxquelles Royat est en mesure de répondre.

A Royat seront heureusement traités tous les petits dyspeptiques, surtout ceux qui sont atteints de dermatoses chroniques, les scrofuleux qui présentent des troubles des voies digestives avec manifestations dartreuses, les rhumatisants, les petits Méridionaux, à la fois névropathes et paludéens. L'indication majeure est l'herpétisme : à Plombières revient la cure des gastriques non herpétiques. Les dermatoses de toute nature, prurigo, eczéma, lichen, psoriasis, les fièvres intermittentes, larvées ou non, seront traitées avec succès à Royat, qui possède également des salles pour les maladies des voies respiratoires capables de lutter avec celles du Mont-Dore.

II. — Eaux salines.

Les eaux salines se divisent en eaux chlorurées fortes, eaux sulfo-chlorurées et eaux salines spéciales qui se subdivisent en sources diurétiques, sources digestives et sources calmantes ou anti-rhumatismales.

Toutes ces eaux, quelles qu'elles soient, sont contre-indiquées lors d'affections organiques. Il y a lieu de faire une exception pour les tuberculoses locales. Elles le sont aussi lors d'affections du cœur, du cerveau, lors de paralysies d'origine centrale, de diphtérie et de mal de Bright.

Bourbonne-les-Bains, dans la Haute-Marne, ouvre la série des eaux chlorurées fortes.

De 56° à 60°, ces eaux contiennent 5 à 6 gr. de NaCl, 0 gr. 70 de chlorure de magnésium, et 0,06 à 0,07 cg. de NaBr par litre. Comme toutes les eaux chlorurées fortes, elles sont prises en bains, douches, piscines, sauf en boisson à cause de l'état lientérique qu'elle provoque.

Toniques, stimulantes, elles sont excitantes par leurs chlorures et leur haute température. La scrofule simple ou compliquée est amendée à Bourbonne-les-Bains, qui s'adresse encore aux anémiques, aux convalescents, aux chlorotiques, qu'ils soient ou non arthritiques, enfin aux sujets porteurs de fractures, de luxations anciennes, de sciatiques, de cicatrices douloureuses.

Les lymphatiques, les scrofuleux seront encore envoyés avec succès à *Salins* dans le Jura dont l'établissement est surtout fréquenté en juillet et août. A la source, les eaux naturelles sont de 11° à 14° et contiennent 23 gr. de NaCl, 2 gr. de sulfate et 0,0319 de bromure. Les eaux-mères qui sont transportées ont par litre jusqu'à 167 gr. de NaCl et 2 gr. de KBr.

Salins-les-Moutiers en Savoie mérite d'être pris en considération, surtout à cause du voisinage de *Brides*, Ses eaux, à 35°, avec 11 gr. de NaCl, avec des traces d'iode, de fer, s'administrent seulement en bains, douches, tandis que Brides offre des eaux qui, prises en boisson, sont légèrement purgatives et complètent le traitement que réclament certains enfants à tempérament froid, déjà obèses. Les eaux de Brides par leurs sulfates font merveille chez certains enfants lymphatiques dont la gourmandise ne connaît aucune borne.

Salies-de-Béarn est une station à la mode. Praticable en tout temps, elle est fréquentée depuis le mois d'avril jusqu'en octobre. En juillet et août le climat y est insupportable.

Les eaux de Salies sont analogues à celles de Salins dans le Jura. Avec 15° de température elles contiennent 25 gr. de NaCl par litre. Les eaux-mères en ont jusqu'à 229 gr., 0,50 cent. de bromures, 9 gr. de sulfures, des traces d'iode, de fer, d'arsenic. Non seulement elles s'adressent aux scrofuleux, aux lymphatiques, mais encore aux femmes dont les annexes sont malades, à celles qui sont atteintes d'affections utérines anciennes.

Les eaux-mères de Salies-de-Béarn sont transportables : elles donnent d'excellents résultats dans la thérapeutique infantile. Lors de péritonite partielle, de pérityphlite, d'engorgement ganglionnaire, il est indiqué d'en faire des ap-

plications locales, au moyen de flanelles qui en sont imbibées et que l'on recouvre de taffetas gommé. La quantité d'eaux-mères employées pour un bain d'enfant de cinq ans est de 2 kil. de sel. A Salies, on ne boit pas.

Saint-Nectaire, dans le centre de la France, près du Mont-Dore et de la Bourboule, jouit également de propriétés anti-lymphatiques et supplée, comme toutes les eaux salines chlorurées fortes, les bains de mer.

Uriage appartient aux eaux sulfo-chlorurées dont relève le traitement de la peau et des muqueuses.

Situé à 414 mètres, dans un pays boisé et frais, cette station offre des eaux d'une thermalité faible (22° à 26°), faiblement sulfurées, mais fortement salines.

7 gr. de NaCl, du gaz HS, des iodures, de l'acide salicylique, et 2 gr. de sulfate en font des eaux toniques, puissantes sur les sujets épuisés auxquels elles donnent un coup de fouet, utile aux lymphatiques, aux anémiques.

Uriage réussit surtout chez les enfants touchés par le lymphatisme du côté des fosses nasales, du pharynx, des oreilles. Les ozènes, les adénomes, les caries, les ulcérations du nez, les otites chroniques, l'hypertrophie des amygdales, y sont amendés. Les petits arthritiques s'en trouvent bien aussi : un eczéma naissant ne contre-indique pas une cure à Uriage.

A Uriage, sont également envoyées les jeunes femmes dont les muqueuses utérine et vaginale sont tourmentées par la scrofule.

Challes possède une eau sulfureuse forte. Les eaux y sont froides, 9° à 10°. Elles possèdent des chlorures, des bromures (0,03 cent.), des iodures en grande proportion (0,02 cent.). Le soufre y est plus abondant que dans toute autre source (0,47 cent. par litre).

A Challes, on mène la vie de montagne ; cette station n'est pas à la mode. Les herpétiques, les scrofuleux y sont traités comme à Uriage ; c'est leur dernière étape.

A Challes on voit des cas de scrofule profonde, des scrofulats de vérole , des ozènes fétides, des périostoses , des ostéites arrivées à la période de suppuration.

Saint-Gervais, en Savoie, détruit complètement par une

trombe d'eau en juillet 1892, appartenait également aux eaux sulfo-chlorurées.

Ses sulfates (2 gr.) qui lui donnaient des propriétés purgatives, ses chlorures (2 gr. également) qui en faisaient une eau tonique, contribuaient avec sa thermalité oscillant autour de 40°, à lui donner une place à part au milieu des autres eaux minérales. A Saint-Gervais se rendaient les lymphatiques dont le système porte était obstrué, dont la circulation était ralentie; les dermatoses avec sécheresse de la peau, l'eczéma, le lichen, le pityriasis y étaient heureusement traités chez les individus assez résistants pour supporter ces eaux.

Passant aux eaux diurétiques que l'on peut rattacher aux eaux salines, nous citerons en première ligne *Contrexéville*.

Les eaux ont une température de 9° à 10°, et contiennent des carbonates, des sulfates (1 gr. 50), des chlorures (0,20 centigr.), de la silice, de l'iode, de l'arsenic, de la lithine, en tout 2 gr. 95.

Contre-indiqué lors de cancer, de tuberculose, de calculs vésicaux, contre-indiqué chez les brightiques, Contrexéville convient aux malades atteints d'affections chroniques des voies urinaires : les graviers, la lithiase rénale, la colique néphrétique, les prostatites, les uréthrites chroniques sont profondément amendés par ces eaux qui ne sont pas moins efficaces chez les hépatiques avec constipation, hémorrhoïdes.

Contrexéville se prend à la dose de 5 à 15 grands verres avant le premier repas. Ce lavage du rein s'accompagne fréquemment d'une diarrhée légère qui décongestionne le système porte. Une telle quantité d'eau provoque la tension des vaisseaux ; rarement elle est indigeste.

A Contrexéville, les enfants qui souffrent d'une cystite du col, consécutive à des urines chargées en urates et en phosphates, sont traités avec succès. Cette excitation vésicale par les sels urinaires est fréquente chez les enfants qu'une coxalgie a immobilisés longtemps ; elle n'est pas rare lors de surchage alimentaire chez les petits convalescents.

Les résultats enregistrés annuellement dans cette station ne s'expliquent pas par l'analyse chimique des eaux : des transformations passées jusque-là inaperçues, dédoublement

ou combinaisons, ont certainement lieu à travers le rein et contribuent aux nombreuses cures qui s'y font.

Si Contrexéville ne peut pas se prendre comme eau de table, il en est différemment de *Vittel*, dont les eaux également indiquées aux mêmes malades, ainsi qu'aux rhumatisants et aux goutteux, sont à la fois digestives, diurétiques et laxatives. Les eaux froides de Vittel contiennent 1 gr. 20 de sulfate, 0,22 cent. de chlorures, une certaine quantité de CO^2 qui les rend plus digestives que les précédentes, et permettent de ne pas espacer autant les verrées.

Martigny, qui ressemble beaucoup à Vittel, et qui, ces dernières années, semble avoir été abandonné.

Capvern, dans les Hautes-Pyrénées, qui est le Contrexéville du midi de la France, sont des stations bien moins connues, bien moins fréquentées qu'*Évian*, dont l'eau constitue une excellente eau de table, et répond parfaitement à l'état de santé des malades qu'une cure ou deux de Contrexéville ont profondément améliorés les années précédentes.

Évian ne contient que 0,30 cent. de principes minéralisateurs par litre. Par sa situation pittoresque sur le Léman, cette station permet de faire une cure d'air en même temps qu'une cure d'eau.

Plombières appartient comme les stations balnéaires suivantes aux eaux salines digestives. Ce sont des eaux antirhumatismales.

A Plombières, on ne boit pas. La température de l'eau variable de 30° à 70° joue un grand rôle dans son efficacité; elle contient 0,25 cent. de principes minéralisateurs par litre, principes d'ailleurs très variés, mais en faibles proportions; nommons la silice, les silicates, de l'alumine, du NaCl et du fer.

Plombières exerce sur la peau une action irritante, elle la transforme. Dans cette station, on connaît la fièvre thermale qui trahit l'activité plus grande de la circulation, et la congestion des organes splanchniques.

De telles eaux sont tout indiquées lors de maladies chroniques des voies digestives, chez les individus atones, prédisposés à la typhlite, souffrant de dyspepsie, d'entérite chronique, de colite.

Les rhumatisants, les vieux paludéens s'en trouvent également bien.

Châtel-Guyon, près de Riom, possède des propriétés spéciales. L'eau est de 25° à 30° ; elle a 7 gr. de matières fixes, dont près de 3 gr. de chlorures et autant de bicarbonates. A relever 0,50 cent. de sulfates qui en expliquent l'action purgative.

Ces eaux sont prises en boisson, elles excitent les voies digestives, combattent la constipation et réclament les mêmes malades que Plombières. Les enfants à tempérament lymphatique, bouffis, naturellement constipés, y sont transformés.

Néris, dans l'Allier, possède des eaux éminemment calmantes. Avec une température de 52°, avec 1 gr. de principes minéralisateurs, dont 0,37 cent. de bicarbonates, et 0,50 cent. de chlorures avec des matières organiques abondantes, Néris convient aux rhumatisants douloureux, aux sujets irritables, aux névropathes, aux ataxiques, aux hystériques, aux choréiques. Les femmes atteintes d'ovarite, de névralgie du bassin sont soulagées par les bains prolongés, ouverts toute l'année, qu'offre cette station.

Dans le même département se trouve *Bourbon-l'Archambault*, dont Boileau parle dans ses lettres à Racine. Eau tonique, d'une température de 52°, très minéralisée, elle convient aux rhumatisants, aux paralytiques, que ce soient des spinaux (paralysie infantile) ou des traumatisés par fracture ou compression.

Le traitement, qui est externe, est formellement contre-indiqué lors des phénomènes irritatifs momentanés, lors des contractures.

Bourbon-Lancy, dans l'Allier, présente les mêmes propriétés et les mêmes indications que la précédente station. A Bourbon-Lancy, on évitera d'envoyer les paralytiques d'ordre cérébral.

Lamalou, dans l'Hérault, réclame, avec ses eaux, ou plutôt ses boues calmantes, les rhumatisants et surtout les névropathes, les ataxiques et surtout les hystériques.

III. — Des eaux sulfureuses.

La chimie nous apprend la composition de ces eaux qui contiennent des gaz (HS, Az, CO^2, O), gaz qui subissent une transformation incessante, des sulfures de Na, de Ca que l'air décompose en hyposulfites et polysulfures, qui dissolvent les corps toxiques, même à la surface de la peau ; des matières organiques dissoutes, glaireuses, organisées qui fixent sur le tégument externe les éléments minéralisateurs ci-dessus. Enfin des sels minéraux particuliers, principalement des silicates qui attaquent les sulfures, dégagent du soufre à l'état naissant au contact de l'air.

Les eaux sulfureuses sont très puissantes. Excitatrices du tube digestif, du système nerveux, des organes génitaux, elles s'adressent à l'herpétisme, au rhumatisme, au lymphatisme, à la scrofule. La tuberculose, la syphilis y font un heureux appel, ainsi que les états pathologiques trahissant l'arrêt de la vie dans un organe.

Eaux-Bonnes. Fréquentée par de vrais malades, cette station, située à 726 mètres d'altitude, dans les Basses-Pyrénées, à l'abri de l'air, offre sous un climat montagneux des eaux à 30° et 32° de température, mais peu abondantes. On n'y fait pas de traitement externe. Avant tout sulfureuses calciques, elles contiennent en outre 0,34 cent. de chlorure de sodium, et 0,06 cent. d'acide silicique. Les Eaux-Bonnes, dit Pidoux, constituent, pour l'adulte, la première eau pour les maladies chroniques des voies respiratoires : herpétisme, tuberculose, coryza, pharyngite, laryngite chronique, ozène, dilatation bronchique avec catarrhe, emphysème, asthme, autant d'états pathologiques qui y sont fortement amendés. Les malades torpides, qu'ils soient tuberculeux, lymphatiques, se trouvent bien des Eaux-Bonnes quand la lésion est localisée, apyrétique, primant tout.

Pour les enfants, les Eaux-Bonnes sont des eaux généralement contre-indiquées : les sujets trop nerveux avec tendance hémoptoïque, avec poussées congestives, comme les sujets trop jeunes se trouvent fort mal d'une station où l'on obtient surtout les congestions de l'arbre aérien.

Eaux-Chaudes, à 601 mètres d'altitude, possède des eaux

très abondantes à 36°, contenant 8 millig. de sulfure de Na et 0,11 cent. de chlorure de sodium.

Très calmantes, prises surtout en traitement externe, elles conviennent aux hystériques, aux rhumatisants atteints de trachéo-bronchite, aux femmes dont la sphère génitale est malade (ovarite, aménorrhée), aux sciatiques, aux douleurs myalgiques, périarticulaires, enfin aux syphilitiques dont les os, les articulations sont touchés.

Cauterets, à trois heures de la gare, dans les Hautes-Pyrénées, offre à ses visiteurs un aménagement très confortable. C'est une ville d'eau moderne, à une altitude de 990 mètres. Le débit de toutes les sources s'élève à un million de litres par jour. La température de l'eau varie entre 39° et 60° selon la source.

A Cauterets, le traitement est à la fois externe et interne : les eaux y sont surtout sodiques (19 milligr. de sulfure de sodium, 0,04 cent. de chlorure de sodium et de l'acide silicique). Les sources Larayère et Maoura s'adressent aux maladies des voies respiratoires, depuis celles des fosses nasales jusqu'à celles des dernières ramifications bronchiques. Leur action est moins puissante que celle des Eaux-Bonnes, par contre elle est moins excitante.

Le traitement balnéaire y est merveilleusement installé : les dermatoses, lichen, eczéma, maladies chroniques de la peau, les atrophies musculaires, suites de fièvre, de paralysies infantiles, sont heureusement modifiées par l'action stimulante de ces eaux.

Les syphilis douteuses se manifesteront à Cauterets du côté de la gorge et de la peau. La médication sulfureuse en est une puissante révélatrice.

Saint-Sauveur, à 728 mètres, offre avec une sulfuration douce, presque insignifiante (0,025 millig. de sulfure de sodium), agissant sous une température de 26°, c'est une eau puissamment calmante.

Station parallèle aux Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur réclame les manifestations rhumatismales, herpétiques, scrofuleuses et tuberculeuses.

Barèges, qui est la dernière étape des scrofuleux, possède, à 1,270 mètres d'altitude, une eau jouissant d'une température de 45°, très abondante et très active. Ses 0,30 cent.

de principes minéralisateurs, dont 0,04 cent. de sulfure de sodium et autant de chlorure de calcium, sont insuffisants pour expliquer les résultats de Barèges sur les scrofules invétérées, les ulcérations avec ostéo-périostites, caries anciennes, sur les vieilles fractures restées douloureuses.

Luchon, dans la Haute-Garonne, à 629 mètres d'altitude, dans une situation merveilleuse, jouit d'un accès facile.

Les eaux, d'une température variant entre 32° et 66°, proviennent de sources très nombreuses et présente le phénomène de blanchiment. Celui-ci est dû à l'action de l'air sur les matières organiques dissoutes dans ces eaux. Les principes minéralisateurs sont ainsi fixés sur la peau. Luchon contient en outre 0,058 milligr. de sulfures, 0,07 à 0,10 cent. de chlorures, et 0,05 cent. d'acide silicique.

Ces eaux toniques et stimulantes, contre-indiquées chez les personnes nerveuses et excitables, conviennent lors de rhumatisme chronique (avec fongosités, synovites, périostites, fausses ankyloses), lors d'atrophies musculaires, sauf celles d'ordre cérébral, lors d'atrophie spinale infantile, lors d'atrophie consécutives à des névrites, à des sciatiques anciennes, à des maladies graves. A Luchon, toutefois, ne seront pas envoyés les convalescents de diphtérie et les gens trop âgés.

Ces eaux conviennent également aux herpétiques (lichen, eczéma, psoriasis, pityriasis, icthyose, acné) (les dartreux seront de préférence traités dans les stations à eaux arsenicales), aux syphilitiques, qui à Luchon, sont traités comme à Cauterets, et qui dans ces eaux trouvent le critérium de leur diathèse; enfin, aux anémies profondes, invétérées, telles qu'on les rencontre chez les habitants des grands centres, les hommes de cabinet, les surmenés, les intoxiqués professionnels, les artistes peintres. A Luchon, le traitement est avant tout externe.

Ax, dans l'Ariège, à 700 mètres d'altitude, a des eaux chaudes abondantes et variées. Sulfureuses comme celles de Luchon, elles conviennent aux mêmes malades et présentent également le phénomène de blanchiment.

Dax, dans les Landes, dans un pays plat, ouvre son établissement de bonne heure, dès avril, pour ne le fermer qu'en octobre. Les eaux et les boues de Dax sont très cal-

mantes, et conviennent aux névropathes, aux rhumatisants chroniques et douloureux. Le traitement y est purement externe.

Vernay, *Amélie-les-Bains* sont mieux connus comme stations d'hiver que villes d'eaux. On y traite pourtant avec succès les maladies des voies respiratoires.

Amélie-les-Bains possède un établissement balnéaire militaire, le seul qui permette à nos officiers et soldats de passer l'hiver dans le Midi.

Allevard, dans l'Isère, à 478 mètres d'altitude, convient, comme les Eaux-Bonnes, aux phymiques, aux emphysémateux.

Ces eaux sont froides, leur température oscillant autour de 16°. Elles sont très riches en gaz, surtout en HS, en Az, en CO^2 et en O. A Allevard, le mode d'administration est tout à fait local. Les eaux, en passant de vasque en vasque, dégagent les gaz qu'elles contiennent, et surtout du soufre à l'état naissant. L'atmosphère des salles où séjournent les malades est fraîche : elles ne convient pas aux névropathes.

Il y a, outre les éléments gazeux, 0,50 cent. de chlorure de sodium, des traces d'acide silicique, d'iode. Cette station réussit aux malades souffrant de coryza avec fluxion de la face, accès d'asthme, à ceux atteints de pharyngite, de laryngite, de bronchite chronique, d'emphysème, de bronchorée.

L'indication formelle chez les tuberculeux de l'eau sulfureuse réside dans la prédominance des phénomènes de catarrhe bronchique : les eaux sulfureuses sont asséchantes. La tendance aux hémoptysies est une contre-indication formelle, ainsi que la fièvre. Par contre la dilatation du cœur droit est moins accusée dans les salles d'inhalation froide. Allevard réussit mieux chez les bacillaires cardiaques, de même que Cauterets est plus particulièrement indiqué lors de troubles gastriques.

Avant tout n'envoyez pas à Allevard les rhumatisants, les scrofuleux, les anémiques.

Aix, en Savoie, fait concurrence à Luchon dans la thérapeutique infantile.

Abordable presque en toute saison, cette station est très fréquentée de mai à octobre : en juillet et en août on y

étouffe, ce qui est un avantage pour les rhumatisants. Aix est admirablement placé pour recevoir la chaleur.

Les eaux y sont très abondantes, leur température varie entre 42° et 45°. Éminemment sulfureuses, elles contiennent un demi-volume d'HS par litre, des chlorures, surtout de calcium et de magnésium (0,50 cent. par litre), des sulfates et des matières organiques. Elles ne sont pas blanchissantes, mais sont très actives : à la fois stimulantes et excitantes, elles le sont plus que Cauterets et Luchon.

Douches, bains, piscine, tous les modes d'administration externes sont employés à Aix, qui possède une école de massage où l'on travaille merveilleusement. L'abondance des eaux permet de doucher en même temps que l'on masse, et cette pratique qui entre des mains inhabiles provoquerait des arthrites suppurées, contribue puissamment aux nombreuses cures annuelles qui se font à Aix.

A Aix sont adressés les rhumatisants non nerveux, les rhumatisants chroniques, les jeunes sujets atteints de périostose, d'ostéite, de carie osseuse. Les malades froids, atones, sans réaction, qu'ils soient scrofuleux, lymphatiques ou simplement anémiques, se trouvent fort bien d'un séjour dans cette station, qui est absolument contre-indiquée lors d'arthrite aiguë.

Marlioz, aux portes d'Aix, en est un complément. Avec ses eaux sulfureuses, froides, analogues à celles de Cauterets, les rhumatisants atteints d'affections du pharynx peuvent y suivre un traitement interne qui complète heureusement leur cure d'Aix.

A *Saint-Honoré,* dans la Nièvre, sont adressés les malades qui ne peuvent se rendre à Cauterets, aux Eaux-Bonnes. Ce sont les sujets atteints de maladies chroniques des voies respiratoires, de pharyngite, de bronchite, de bronchorrhée, les emphysémateux, les bacillaires, les rhumatisants chroniques avec ou sans dermatoses, les herpétiques.

Jouissant des mêmes propriétés chimiques que les Eaux-Bonnes, les eaux de Saint-Honoré, qui ont 30° à 32°, sont moins excitantes : elles contiennent 0,30 cent. de chlorures et de sulfates surtout calciques.

Cette station est abordable de mai à septembre.

En terminant les eaux sulfureuses, mentionnons aux portes de Paris *Enghien* et *Pierrefonds*. Grâce à un traitement à la fois externe et interne, les enfants atteints de maladies chroniques des voies respiratoires trouvent dans les eaux froides d'Enghien, à sulfuration très accentuée, une amélioration manifeste à leur état. Ce sont des eaux artificielles, en ce sens que, de primitivement sulfatées, elles deviennent sulfureuses par suite des terrains qu'elle traverse. A Pierrefonds, les résultats sont les mêmes qu'à Enghien, toutefois l'aménagement y est supérieur.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

NOUVEAUX FAITS DE RAPPEL A LA VIE PAR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie, M. Laborde a rapporté de nouveaux cas très favorables à la méthode qu'il a préconisée de tractions rythmées de la langue dans le cas d'asphyxie.

Ce sont d'abord deux nouveaux cas d'*asphyxie du nouveau-né*, heureusement terminés, alors que dans l'un d'entre eux tous les moyens classiques avaient échoué.

M. Coriton a communiqué à M. Laborde une observation d'*adénopathie trachéo-bronchique*, d'origine tuberculeuse probable, dans laquelle la malade fut en état de mort apparente pendant plusieurs minutes après un accès de suffocation. Les tractions rythmées ranimèrent rapidement la malade.

Même résultat favorable dans un cas de M. Springer, d'Alençon, où il s'agissait d'un homme *asphyxié après une chute dans une fosse à fumier* qui recevait en outre les résidus d'une fabrique d'eau de Seltz.

Enfin M. Vigneau, de Salies-de-Béarn, rapporte une observation d'égal succès dans un cas de mort apparente à la suite d'*accès éclamptiques*. L'observation est si intéressante et si instructive que nous n'hésitons pas à la reproduire *in extenso*.

« Le 17 du mois dernier, une jeune femme est prise d'attaques d'éclampsie vers les sept heures du soir. On court chez tous les médecins de la station : j'arrive le premier.

« Il s'agit d'une primipare de 19 ans, mariée depuis neuf mois, accouchée normalement depuis une demi-heure. Chloroanémique depuis l'âge de seize à dix-sept ans, œdème considérable des membres inférieurs depuis plusieurs mois, sans que son état eût attiré l'attention d'une vieille sage-femme, pour lui faire suivre un régime spécial.

« Les attaques d'éclampsie se succèdent avec une intensité et une rapidité effrayante ; la malade est maintenue avec peine sur son lit ; j'ordonne une saignée, pas de lancette ; pendant qu'on court en chercher une et une potion au chloral et au bromure, les attaques ne discontinuent pas.

« Je pratique une forte saignée : deux assiettes à soupe...

« Trois confrères, les docteurs Dupourqué, Petit et Dufourcq, arrivent successivement ; encore quelques attaques, puis la malade ne bouge plus, ne respire plus, son pouls cesse d'être perceptible. La mort est apparente.

« Je fais deux injections d'éther sans résultat efficace.

« Les cris, les hurlements des nombreux assistants, le départ du prêtre, de confrères qui viennent d'ausculter le cœur... tout confirme la mort.

« Au milieu de l'égarement général, je demande une aiguille et un fort fil (je n'avais pas de pinces) et suis assez heureux pour pouvoir saisir la langue entre les dents contractées sur un bouchon que j'avais, à mon arrivée, introduit entre les maxillaires.

« On m'a abandonné le *cadavre*, — et, seul, penché sur le corps, tandis que je pratique les *tractions rythmées en tenant entre mes dents le fil passé à sa langue*, je fais avec les mains et les avant-bras des pressions thoraco-abdominales énergiques.

« Après une quinzaine de minutes, je crois reconnaître une inspiration ; le pouls n'est pas revenu, à peine un léger susurrus au cœur ; je reprends les tractions.... et finalement, dix minutes après, la respiration et la circulation sont rétablies.

« Je ne dirai que deux mots de ce qui a suivi : Potion

bromo-chloralée, lavements idem, glace sur la tête, diurétiques, lait.

« Le lendemain, la cécité disparaissait ; actuellement la malade est guérie.

« Il y a quelques jours, un des confrères qui m'avait assisté au début me disait : « Vous avez eu un beau succès grâce au procédé Laborde », et comme c'est tout à fait mon avis, je suis heureux de le reporter à son auteur en le lui signalant.

« L'idée ingénieuse, ajoute M. Laborde, d'opérer les tractions de la langue à l'aide d'un fil passé dans celle-ci et tenu entre les dents, de façon à permettre en même temps l'usage des mains pour pratiquer simultanément les pressions thoraciques de respiration artificielle, peut, au besoin, favoriser la réussite du procédé, et elle mérite d'être retenue surtout pour les cas où l'opérateur est seul et sans aide : mon confrère a su en tirer, comme on vient de le voir, un excellent parti. Mais je n'oserais proposer, en principe, cette modification technique du procédé, dans la crainte que les tractions linguales ne soient pas pratiquées avec la même efficacité qu'avec l'intervention manuelle. »

REVUE DES LIVRES

Cours de physiologie et d'hygiène de la voix, par le docteur Gouguenheim, médecin de Lariboisière et du Conservatoire. — Paris, librairie des Éditions scientifiques, 1893.

Ce cours a été professé au Conservatoire national de musique : c'est dire qu'il s'agit simplement d'une œuvre de vulgarisation scientifique. Mais si M. Gouguenheim, en raison du public spécial auquel il s'adressait, a dû rester élémentaire, il est arrivé par contre à une grande clarté qui rend facile et attrayante la lecture de ce petit ouvrage.

On peut donc le recommander non seulement aux chanteurs, ce qui est en dehors de nos attributions, mais aussi aux médecins qui fréquemment ne sont pas très familiers avec les questions de physiologie du larynx, de production et de résonnnance de la voix, de registre, etc. Ces derniers y trouveront d'ailleurs d'utiles renseignements sur les maladies de la voix et sur l'hygiène propre à les prévenir.

Ce n'est pas la première fois que des médecins spécialistes cherchent à donner aux chanteurs des notions sur la structure et le fonctionnement de leurs organes vocaux : Mandl, notamment, l'avait déjà fait avec succès. Mais ce qui caractérise la nouvelle tentative de M. Gouguenheim, c'est d'avoir donné à ses leçons une allure beaucoup plus scientifique que ne l'avait fait son prédécesseur au Conservatoire.

M. Ls.

Petit Guide d'hygiène pratique dans l'Ouest africain, par le docteur C.-S. Grant. Traduit et annoté par le docteur P.-J. Navarre, ancien médecin de la marine.

Le docteur Navarre est de ceux qui pensent que si la médecine ne peut être impunément vulgarisée, des notions claires et pratiques d'hygiène ne sauraient être trop répandues. Aussi s'est-il servi de son expérience des climats tropicaux pour la traduction d'une plaquette du docteur C.-S. Grant, publiée par les soins du gouvernement de la colonie de la Côte d'Or, et rapidement arrivée à sa troisième édition. On y trouve des indications laconiques, mais complètes, sur les diverses maladies que l'Européen peut contracter à la côte d'Afrique. Successivement sont passées en revue : les affections du foie, les fièvres paludéennes, la diarrhée et la dysenterie, les insolations, les affections de la peau, la fièvre jaune et le choléra.

Mais ce qui donne à cet ouvrage son originalité, ce sont les notes judicieuses que le docteur Navarre place à chaque page à côté des indications, parfois un peu sommaires, de la thérapeutique anglaise.

Ce petit volume sera lu par tous avec intérêt, et avec le plus grand profit par tous ceux qui seront appelés à séjourner dans ces contrées, auxquelles on a pu donner le nom de Terre de Mort.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches expérimentales sur les effets de la laparotomie dans les cas de péritonites tuberculeuses, par les docteurs Nannotti et Baciocchi. — Les expériences des deux auteurs ont été faites sur des lapins et sur des

chiens. Des ganglions tuberculeux provenant de cobayes ont été triturés dans un bouillon de culture ordinaire. Le mélange dans lequel on avait dûment constaté la présence de bacilles de la tuberculose, était injecté dans la cavité abdominale des animaux en expérience.

Ces injections ont entraîné à leur suite une tuberculose très nette du péritoine, qui intéressait principalement l'épiploon, le ligament gastro-splénique et le ligament hépato-duodénal. Le feuillet pariétal du péritoine ne contenait qu'exceptionnellement des tubercules; on n'en a jamais trouvé dans le feuillet viscéral de la séreuse.

A la suite de ces injections de matière tuberculeuse, on a fait à des intervalles de 10, 20, 30 et 60 jours, des laparotomies, quelques-unes suivies de lavages avec de l'eau stérilisée ou avec une solution boriquée à 3 °/₀ ou avec une solution de sublimé à 1/4000. Les deux expérimentateurs voulaient ainsi étudier l'influence de la laparotomie sur l'évolution des tubercules du péritoine. Naturellement à chacune de ces laparotomies on excisait un fragment de tissu tuberculeux.

Les résultats portent que chez les lapins, les laparotomies n'ont été suivies que d'une simple amélioration. Au contraire chez les chiens on a noté des résultats curatifs surprenants. Quinze jours après la première laparotomie, la tuberculose avait déjà subi une régression considérable; au bout de deux mois on n'en constatait plus de traces sur le péritoine. (*Riforma medica* et *Rev. inter. de thér. et de pharm.*, n° 18, 1893.)

Sur le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, par le docteur CONITZER. — Dans un travail d'ensemble sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, l'auteur relate trois cas de cette affection, opérés à l'hôpital israélite de Hambourg. Voici les conclusions qu'il a formulées à la fin de son travail :

1° La péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir spontanément; cette guérison spontanée s'observe rarement dans les cas de péritonite sèche et très souvent dans les cas de péritonite exsudative.

2° Les cas de péritonite tuberculeuse exsudative, terminés par la guérison spontanée, ont été considérés jusqu'ici comme des cas de péritonite chronique exsudative simple ou d'une ascite essentielle.

3° Toutes les formes de péritonite tuberculeuse peuvent être guéries ou du moins améliorées par la laparotomie, alors même que les autres procédés de traitement, y compris la ponction, ont échoué.

4° Le succès de l'opération dépend :

a) De la forme de l'affection : les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas qui s'accompagnent d'un épanchement chronique.

b) De la durée de l'affection.

c) Des complications éventuelles.

5° L'opération est indiquée lorsque le traitement interne n'a amené aucune amélioration.

6° Elle est contre-indiquée chez les sujets très adynamisés et chez les enfants qui sont atteints d'une autre affection tuberculeuse grave.

7° On n'est pas encore fixé sur la cause et le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 29, 1893.)

Traitement de l'érysipèle de la face par l'azotate d'aconitine cristallisée. — MM. Laborde et Duquesnel ont signalé la propriété qu'a l'aconitine de calmer l'hypérémie et l'hypéralgie de la face. Le docteur Tison a mis à profit cette propriété de l'aconit dans le traitement de l'érysipèle de la face, et a constamment obtenu de l'emploi de l'azotate d'aconitine dans le traitement de cette maladie d'excellents résultats : diminution de la durée de l'érysipèle, diminution de la douleur et absence de complications. Il donne ce médicament à la dose d'un cinquantième de milligramme.

Traitement de la balano-posthite suppurée. — Dans ce traitement, il y a deux indications capitales à remplir : 1° la propreté et l'asepsie ; 2° la cautérisation de la surface suppurante. Voici comment M. Fournier formule le traitement pour répondre à ces indications :

1° Bains généraux prolongés, repos ;

2° Chaque jour trois bains locaux tièdes à l'eau de guimauve et suivis d'une irrigation à l'eau boriquée. Il faut pratiquer cette irrigation au moyen d'une sonde urétrale introduite entre le prépuce et le gland. Pour chaque irrigation, il faut employer un litre à un litre et demi d'eau boriquée.

Ceci répond à la première indication.

Pour satisfaire à la seconde : immédiatement après les injections précédentes, faire de la même manière une nouvelle injection avec une solution de nitrate d'argent au centième. (*Rev. int. de thér. et de pharm.*, n° 18, 1893.)

Un cas de conception pendant la période puerpérale. — Kroning publie le cas suivant :

Femme de 22 ans, délivrée le 4 juin 1892 d'un enfant bien portant. Coït quatre jours plus tard, puis absence de rapports sexuels pendant trois mois. La menstruation ne s'établit pas, et en novembre la patiente sentit les mouvements du fœtus. Le 10 mars 1893, naissance d'un enfant bien portant. L'auteur conclut :

1° Un enfant bien portant peut naître au bout de 243 jours.

2° Les spermatozoïdes peuvent vivre dans les lochies.

3° L'activité ovarienne n'est pas totalement suspendue pendant la grossesse.

4° L'ovulation et la menstruation ne dépendent pas l'une de l'autre.

5° Chez les individus bien portants la délivrance peut être suivie d'une régénération très rapide de la muqueuse utérine, et le développement à son niveau d'un ovule fécondé peut très rapidement s'effectuer. (*The Amer. Journ. of the med. sc.*, sept. 1893.)

Fièvre typhoïde apyrétique. — Dreschfeld (de Manchester) (*Pract.*, 1893) publie quatre cas de cette nature. Sauf la fièvre, les symptômes étaient ceux d'une typhoïde : diarrhée persistante et hémorrhagie, augmentation de la matité splénique avec taches rosées dans deux observations ; le troisième ait se termina par une perforation intestinale. Il y'eut rechute deux fois. La température fut prise au moment de la pyrexie qui correspond habituellement au summum de

la fièvre. On ne peut attribuer l'absence de cette dernière aux hémorrhagies, car celle-ci ne s'est présentée que deux fois ; elle n'a jamais été réellement abondante et n'a duré que quelques jours.

Gerhardt (*Charite Annalen*, 1891, p. 208) a rapporté 17 observations. Début très accusé avec céphalée, lassitude, vertige, anorexie, vomissements et diarrhée. Insomnie plusieurs fois prédominante. Les urines avaient le caractère fébrile. La roséole fut notée 13 fois ; l'élargissement de la rate ne fit défaut que deux fois. Perte de poids légère.

Wendland (*Centralb. f. klin. med.*, 1892, p. 1103), décrit deux cas de fièvre typhoïde apyrétique avec symptômes cérébraux marqués, terminés tous deux fatalement. Le diagnostic fut vérifié à l'autopsie. (*The Amer. journ. of the med. sc.*, septembre 1893.)

Moyen de rendre inoffensive l'analgésie cocaïnique par l'addition de trinitrine. — M. le docteur Gauthier (de Charolles), après avoir passé en revue les divers moyens préconisés pour rendre inoffensive la cocaïne en injections hypodermique, indique l'addition de trinitrine à la solution cocaïnique, la trinitrine étant un médicament doué d'une action physiologique neutralisante de celle de la cocaïne. Il s'arrête à la formule suivante :

Eau	10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. .	20 centigr.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e	X gouttes.

Chaque seringue de Pravaz contenant ainsi 2 centigr. de cocaïne et une goutte de solution trinitrinée.

L'auteur prétend que, depuis deux ans qu'il use de ce procédé, il n'observe plus aucun des accidents même légers dus à la cocaïne employée seule (1). (*Revue gén. de clin. et de thér.*, n° 37, 1893.)

(1) M. le professeur Lépine avait déjà proposé il y a trois ans dans la *Semaine médicale* un moyen analogue à savoir : immédiatement avant l'injection de cocaïne, l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle, médicament qui comme la trinitrine agit en dilatant les vaisseaux.

Salol iodoformé. — Le salol a la propriété de se combiner avec différents corps, le camphre par exemple, l'iodoforme, l'aristol. Pour obtenir cette combinaison, il suffit de chauffer le mélange de ces corps avec le salol jusqu'à une température de 40°. On obtient ainsi un liquide qui en se refroidissant se solidifie à 25° ou 30°.

M. Regnié a utilisé la combinaison du salol avec l'iodoforme pour le pansement des plaies dont on veut obtenir la réunion immédiate sans suppuration. Il recouvre les sutures d'un badigeonnage fait avec le salol liquide iodoformé. En se solidifiant, le salol forme un vernis aseptique qui protège la plaie et en assure la cicatrisation rapide. (*Gaz. des hôpit.*, 19 sept. 1893.)

De l'administration du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu, par LÉMANSKI. — La voie rectale, proposée très souvent pour l'administration des médicaments, l'a été encore récemment pour le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Quand pour une raison quelconque on ne veut pas donner le médicament *per os*, il est très facile de se servir des suppositoires.

Le malade peut placer lui-même le suppositoire sans aucune précaution préliminaire dans le rectum, sans avoir à craindre quoi que ce soit.

On emploie généralement des suppositoires formulés de la manière suivante :

Salicylate de soude.......	1 gramme.
Beurre de cacao..........	Q. s.

Pour un suppositoire. Cinq à six suppositoires par jour.

L'absorption est, on le sait, de cette façon plus rapide que par les voies supérieures et ne fatigue pas l'organisme, surtout l'estomac.

Lémanski pense que cette façon d'administrer le médicament est préférable à l'administration en lavement préconisée par Erlanger. (*Bulletin médical de Paris*, 24 septembre 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LONS-LE-SAUNIER.

Lons-le-Saunier (*Ledo Salinarius*) possédait depuis 1839 un établissement balnéaire d'eaux salines faibles, voisines par leur composition de celles de Kreusnach et de Hombourg, de Salins (Jura) et de Salins (Savoie) ; mais cet établissement, situé dans la ville même, au fond d'un large entonnoir dû à l'exhaussement du sol par les dépôts de cendres provenant de l'ancienne fabrication du sel, n'attirait guère que les habitants de la ville ou ceux des régions très voisines. Les puissantes salines de Montmorot, fort anciennement exploitées, et qui fournissent par jour plus de 500 hectolitres d'eau contenant le tiers de son poids de sel, auraient permis depuis longtemps par l'abondance et la richesse de leurs eaux vierges et de leurs eaux-mères de faire de Lons-le-Saunier une station balnéaire de premier ordre, mais un traité passé entre la Société des salines de l'Est et celles des bains de Salins du Jura interdisait la vente des eaux de ces salines.

Dans ces dernières années seulement une Société de Lédoniens, à la formation de laquelle les médecins de la localité ont apporté une bonne part d'initiative, a cherché en dehors du périmètre de concession des salines de Montmorot la continuation du vaste banc de sel qui alimente toutes les salines de la région.

Un sondage pratiqué à Perrigny a rencontré, après des alternatives d'espoir et de déception habituels à ces sortes d'entreprises, le banc de sel gemme à plus de 200 mètres de profondeur. (Le banc de sel de Montmorot est à 140 mètres seulement).

Le trou de sonde a rencontré à quelques mètres au-dessous de la surface du sol une puissante nappe d'eau vive, très fraîche qui sert à l'exploitation du banc de sel et dont une partie est amenée directement à l'établissement.

La Société nouvelle, libre de tout engagement, a pu faire servir ce sondage à la production de sel alimentaire et à la création d'un établissement balnéaire important, terminé

seulement depuis cette année, avec piscines, baignoires, appareils hydrothérapiques, etc.

Les eaux vierges saturées ont plus de 300 grammes de chlorure de sodium par litre. Les eaux-mères contiennent 220 gr. de chlorures et près de 7 gr. de bromure de potassium. Il est donc facile par l'addition d'une proportion plus ou moins abondante d'eau douce d'obtenir et de graduer tous les effets qu'on peut obtenir de l'eau salée.

Je ne veux point comparer ici les mérites des diverses stations salines qui sont à notre portée, j'avouerai même qu'en matière de chlorure de sodium j'ai un faible pour les stations maritimes et que l'Océan m'attire plus que toutes les salines du monde.

Mais l'Océan est loin, il ne convient pas à tout le monde, et tout le monde ne peut y aller. Pourquoi, dès lors, si nous ne pouvons aller à l'Océan, ne pas profiter de ce qu'il vient à nous par les immenses accumulations de sel déposées aux époques géologiques. Or, à ce point de vue des dépôts salins, nulle part il n'est venu plus près de nous que dans la région de Lons-le-Saunier. C'est en effet une des conditions qui doivent contribuer à la prospérité de cette station que la proximité de centres importants de population. Lons-le-Saunier est la station saline forte la plus rapprochée de Saint-Étienne, de Roanne, de Lyon, de Bourg, de Mâcon, de Chalon; Dijon n'en est guère plus loin qu'il ne l'est de Besançon.

En résumant ici les impressions que m'a laissées une excursion rapide à Lons-le-Saunier, et sans me laisser influencer par la cordiale hospitalité que j'y ai reçue d'un vieil ami et confrère, je dirai : Lons-le-Saunier présente comme avantage fondamental la création récente dans un pays sain et agréable, à environs pittoresques, d'un établissement balnéaire bien organisé, entouré d'un vaste parc, pourvu d'eaux vierges et d'eaux-mères fortement saturées que l'on peut employer à tous les degrés de concentration ou de dilution.

Comme avantages accessoires, on y trouve les ressources d'une petite ville, la facilité par la nouvelle ligne de Champagnole d'excursions de montagne intéressantes, la possibilité à cause de la faible altitude, 250 mètres, et du climat

tempéré, d'y suivre un traitement pendant la plus grande partie de l'année, la proximité.

Telles sont les conditions qui nous paraissent devoir assurer le succès du nouvel établissement balnéaire de Lons-le-Saunier. P. AUBERT.

VARIÉTÉS

LA LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE.

Nous donnons ci-après les principales dispositions de la nouvelle loi sur l'assistance médicale gratuite :

Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou à plusieurs hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci dessus.

Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domi-

cile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la révision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis au secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

La mairie donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscriptions ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix, préside la commission.

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas de domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie, incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'État est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires.

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service médical à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'État contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année une somme sera, à cet effet, inscrite au budget.

Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24 sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le conseil d'État.

Les pourvois devant le conseil d'État dans les cas prévus au paragraphe précédent sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Les médecins de service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1893-1894, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

Chefs de clinique médicale :

MM. Mondan, L. Dor, Roux, Métroz et Bret.

Chefs de travaux :

MM. Didelot et Vialleton : Anatomie générale et histologie
Coutagne et Deroide : Médecine légale.
Bouvault : Chimie organique et toxicologie.
Bard : Anatomie pathologique.
Rodet : Médecine expérimentale.
Barral : Chimie minérale et pharmaceutique.
Beauvisage : Matière médicale et botanique.
Rochet : Médecine opératoire.
Frenkel : Clinique ophtalmologique.

Préparateurs du laboratoire :

MM. Lacroix : Anatomie et histologie.
Nicolas : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Nicole : Clinique médicale.
Favrot : Aanatomie pathologique.

Briau : Physiologie.
Courmont : Médecine expérimentale et comparée.
Maitre : Chimie minérale.
Albertin : Médecine opératoire.
Meschinet de Richemont : Physique.
Bressan : Pharmacie.
Martin : Médecine légale.
Salvat : Matière médicale et botanique.

Aide préparateur de pathologie générale : M. Collet.

Chef de table d'anatomie : M. Tuja.

Moniteurs :

MM. Pittion et Tournier : Clinique médicale.
Adenot et Chantre : Clinique chirurgicale.
Rossigneux : Clinique ophtalmologique.

Aide de clinique obstétricale et gynécologique : M. Fabre.

Aide de travaux pratiques d'anatomie d'exercice : M. Regoud.

Don de cinq cent mille francs aux hospices. — M. Clément Livet lègue, par testament, une demi-million aux hospices de Lyon.

M. Livet a dignement continué les traditions de générosité de sa famille. Son père avait déjà fondé plusieurs lits dans divers hôpitaux, et avait légué à l'Académie de Lyon cent mille francs pour une fondation philanthropique connue sous le nom de *Fondation Clément Livet*.

Nécrologie. — Douloureusement affectés par la mort récente du docteur Léon Rieux, nous remplissons un devoir en retraçant les principaux titres de ce distingué collègue à l'estime de ses confrères.

Interne-lauréat des hôpitaux de Paris, Rieux, dès son retour à Lyon, se signala par d'originales et pratiques recherches sur l'ophtalmie des nouveau-nés. Bientôt nommé membre de la Société nationale de médecine quoiqu'il n'appartînt ni au corps enseignant ni au service des hôpitaux, il occupa dignement sa place parmi les plus méritants : souvent il fit partie des commissions par les travaux desquelles cette Compagnie savante affirme sa vitalité et prouve son utile dévoûment aux intérêts de l'hygiène publique.

Rieux portait haut le culte et le souci de la dignité professionnelle, et par ses travaux scientifiques comme par l'honorabilité de sa vie, s'était concilié la sympathie générale.

Avellant ! — Comment, avec la légère variante que je lui donne, ce nom seul peut-il à la fois éveiller dans tous les cœurs un redoublement de sympathie pour la nation-amie qu'il représente, et chez nos sauveteurs un redoublement de ferveur pour leur mission humanitaire ?... On va le comprendre en relisant ce trait de la vie de notre illustre visiteur :

« Dégradé par le tzar pour cause d'indiscipline, un ancien capitaine de vaisseau était réduit à servir comme simple matelot à bord du navire sur lequel l'amiral Avelane faisait alors ses premières armes.

« Le triste sort du pauvre matelot avait inspiré un profond sentiment de pitié au jeune et brave officier, qui cherchait dans la mesure de ses moyens, et autant que le lui permettaient les exigences du service, à en atténuer les rigueurs.

« Il fit mieux. Sachant que, dans le cas d'un acte d'héroïsme accompli dans le service, le tsar accordait parfois leur grâce aux dégradés, Avelane eut une inspiration qui le dépeint tout entier. Il fit à l'infortuné la proposition suivante :

— « A la prochaine tempête, je me laisserai tomber à la mer, de manière à ce qu'on croie à un accident; vous vous précipitez à mon secours, vous me sauverez et, en récompense, l'empereur vous rendra sûrement vos épaulettes.

« Profondément touché, l'ex-capitaine répondit tristement :

— « Votre sublime dévouement serait inutile, car, malheureusement je ne sais pas nager et nous péririons tous les deux.

— « N'est ce que cela ? répliqua vivement Avelane, je nage, moi, comme un poisson ; sautez à la mer aussitôt après moi, je vous soutiendrai, on viendra à notre secours et tout le monde croira que vous m'avez sauvé.

« Ainsi fut fait... et ainsi fut gracié le pseudo-sauveteur. »

L'héroïsme n'est ni dans les moyens, ni à la portée de tous. Mais tous, ce me semble, nous devons nous sentir jaloux de la pure jouissance qui inonda la poitrine du bienfaiteur si généreusement inspiré. Et comme à tous l'occasion peut s'offrir de l'imiter, dans la mesure que permettent les circonstances, mettons-nous donc tous à même d'en profiter.

Pendant que tant d'industriels exploitent dans leur intérêt personnel la popularité de nos futurs hôtes, serai-je blâmé, en reproduisant ce fait authentique, de l'employer à vulgariser mon idée fixe, la *natation obligatoire* ? — Qu'ils saisissent l'apologue, nos intrépides *gones* lyonnais, et sans se soucier du latin plus que du danger, à qui mieux mieux *cvellant, qu'ils arrachent* à la mort les malheureux submergés !

École du service de santé militaire. — Voici la liste, par ordre de mérite, des 61 candidats admis à l'École du Service de santé militaire à la suite du concours de 1893 :

1 Raymond (François-Joseph-Victor).
2 Séguinaud (Jean-Baptiste-Paul).
3 Scheifler (Léopold-Valentin-Nicolas).
4 Thollon (Émile-Clair-Jean-Joseph).
5 Julia (Émile-François).
6 Danis (Camille-Jean).
7 Guignot (Jean-Baptiste-Gabriel).
8 Sacquépée (Ernest-Eugène-Joseph).
9 Langlois (Gaston Eugène).
10 Duméry (Georges-Marie-Léon).
11 Vendenbossche (Albert-Achille-Joseph).
12 Vignes (Paul-André).
13 Folly (Eugène-René-Marie).

14 Le Bihan (Félix-François).
15 Pinet (Charles-Antoine-Gustave).
16 Costa (Sauveur).
17 Job (Emile).
18 Dejouany (Albert-Adolphe).
19 Rouffiandis (Emmanuel-François-Sébastien).
20 Masson (Henry-François).
21 Trutié de Vaucresson (Émile Louis Auguste).
22 Dopter (Charles-Alfred-Henri.)
23 Camus (Edmond-Jules-Joseph).
24 Calais (Émile-Victor.)
25 Camus (Edmond Jules-Joseph).
26 Picon (Louis Marie-Joseph).
27 Capmas (Gervais-Albert).
28 Maître (Louis-Antoine-Émile).
29 Duffau (Jean Marc Joseph-Émile).
30 Massoulard (Antoine-Vincent-Léonard-Émile).
31 Bourcier (Marie-Antoine).
32 David de Drézigné (Maurice-Edme).
33 Wagon (Pierre-Michel).
34 Théaulon (Jean François-Charles-Joseph).
35 Pélissié (Jean-Pierre-Laurent).
36 Martin (Marius-Eugène).
37 Taste (Léon).
38 Angué (Joseph-Émile).
39 Fadeuilhe (Joseph-Victor-Emmanuel-Henri).
40 Rabuson (Alphonse-Gaston).
41 Vignal (Pierre-Auguste).
42 Gabrielle (Joseph-Théodore-Marie).
43 Faideau (Jean-Adolphe).
44 Baills (Antoine-Jean-Baptiste-Marie).
45 Perrin (George Henri-Emmanuel).
46 Bas (Arsène-Joseph).
47 Cassan (Pierre Jean-Alcide).
48 Grall (Jules-Baptiste-Marie).
49 Finck (Charles-Jacques).
50 Conte (Jean-Barthélemy-Célestin).
51 Béranger (Claude-Antoine-Adrien).
52 Boudriot (Jean-Marie-Joseph-Émile).
53 Brun (Henri-Frédéric-Lucien-Gabriel).
54 Gauthier (Georges-Joseph-Gustave).
55 Jacquemin (Jean-Adolphe).
56 Dickson (Georges-Alexandre).
57 Baron (Baptiste-Marc-Antoine).
58 Navas (Hypolite-Jean-Joseph).
59 Brisard (Charles-Ernest-Édouard).
60 Bertelé (Michel-Édouard-Alphonse).
61 Biérer (Paul Pierre-Hector).

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Septembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent.		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap.	
24					+11.4	3 s	+ 9.2	7 m	85	81	33.8	1.1	24
25					+17.1	2 s	+ 4.9	6 m	76	56	5.7	0.5	16
26					+19.0	1 s	+ 5.8	6 m	74	40	0.1	1.9	26
27					+20.8	1 s	+ 3.7	6 m	97	44	0.0	2.3	22
28	749	11 m	746	12 s	+21.8	1 s	+ 9.9	1 m	96	54	0.7	1.7	15
29	746	0 m	741	12 s	+25.1	1 s	+10.3	5 m	93	41	0.0	1.5	34
30	741	0 m	737	10 m	+23.2	10 m	+16.5	0 m	94	60	0.0	4.2	28

Maladies régnantes. — La mortalité a sensiblement augmenté cette semaine. Au lieu de 148 décès, nous en enregistrons 165, c'est-à-dire 17 de plus que la semaine passée. L'augmentation est bien plus forte par rapport à la période correspondante de l'année 1892, qui n'avait donné que 129 décès.

Sur les 165 décès hebdomadaires (103 en ville, 62 dans les hôpitaux civils), 28 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 21 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Comme maladies zymotiques, nous avons toujours à signaler la fièvre typhoïde, la diphtérie et la coqueluche.

Encore un assez bon nombre d'affections des voies respiratoires, angines, bronchites, pneumonies.

Toujours beaucoup de rhumatismes, qui sont on ne peut plus défavorablement influencés par les variations de la température et le retour des pluies.

Les phtisiques et les cardiaques surtout souffrent en ce moment des conditions climatériques dans lesquelles nous nous trouvons.

A signaler cette semaine un grand nombre d'attaques d'apoplexie. Nous avons jusqu'à dix décès attribués à l'hémorrhagie cérébrale.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 30 septembre 1893, on a constaté 165 décès :

Fièvre typhoïde....	6	Catarrhe pulmonaire	4	Affections du cœur.	13
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	5	— des reins....	11
Rougeole..........	0	Pneumonie........	4	— cancéreuses.	18
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	15
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	27	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	3	Autres tuberculoses.	4	Causes accidentelles	5
Coqueluche........	1	Méningite aiguë ...	4	Aut. causes de décès	7
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	16		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	13	Naissances.......	168
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	2	Mort-nés........	13
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	2	Décès...........	165

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

CORPS ÉTRANGER (OS DE MOUTON) IMPLANTÉ DANS LE LARYNX ; ABCÈS INTRA-TRACHÉAL ; TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE IN EXTREMIS ; ÉLIMINATION DU CORPS ÉTRANGER PAR LA PLAIE ; GUÉRISON ;

Par M. le docteur BONAN (de Tunis).

Je fus appelé le 10 juin dernier à visiter dans son domicile rue de la Neige un pauvre enfant musulman, nommé Ahmed-Ben-Baouali, exerçant la profession de charretier, et âgé à peine de 13 ans. Il avait une forte fièvre, la face et les membres étaient recouverts de sueurs froides. Le malade était en proie à une dyspnée terrible accompagnée de temps à autre d'accès de toux rauque et angoissante qui semblaient devoir l'emporter.

Les parents attribuaient sa maladie à un refroidissement contracté par l'enfant en se baignant dans le lac pendant qu'il avait chaud. Mais en interrogeant avec soin les uns et les autres, je finis par leur arracher, car ils s'entêtaient, je n'ai pas pu encore savoir pourquoi, à vouloir me la cacher, la véritable cause de ces accidents.

Cinq jours auparavant, cet enfant eut, en mangeant du mouton, un accès de suffocation qui faillit l'étouffer sur le coup. Après bien des efforts, il put rejeter tout ce qu'il avait ingéré et se trouva ou se crut complètement délivré des accidents qui avaient été si menaçants. Mais quelques heures après il eut brusquement dans la nuit un nouvel accès très violent de suffocation, et, dès ce moment, la voix devint couverte et rauque et la gêne respiratoire intense. Mais ni l'enfant ni les parents n'avaient voulu accepter l'idée d'un os arrêté dans le larynx.

Quand j'arrivai les symptômes étaient déjà très inquiétants. Je ne pus même pas pratiquer l'examen de l'intérieur de la bouche avec le miroir en raison de l'état du malade qui menaçait à chaque tentative d'asphyxier.

Depuis deux jours il crachait du pus après avoir d'abord craché du sang. La région laryngienne du cou était doulou-

reuse, un peu tuméfiée. La douleur était même maxima à gauche au niveau du cartilage thyroïde, et avec le doigt on avait là la sensation d'un corps qui pointait de dedans en dehors.

Je prescrivis pour le reste de la journée des calmants de toute nature, et le soir je pus, quoique avec peine, distinguer à l'aide du miroir laryngoscopique, le corps étranger. Il se présentait sous l'aspect d'une crête mince et brillante située parallèlement aux cordes vocales, sur un plan un peu inférieur. L'os était plus rapproché de la corde vocale gauche, et ses deux extrémités semblaient engagées profondément au-dessous de l'orifice glottique. Aussi l'extraction par la voie buccale me sembla de suite, sinon impossible, du moins très difficile et non dépourvue de danger. Mes tentatives, que je ne voulus pas trop répéter, furent vaines. J'acquis bien vite la conviction que, au moment où mes pinces abordaient l'orifice glottique, les cordes vocales se contractaient et empêchaient le contact et la prise de l'os par l'instrument.

Aux parents je ne pus cacher que la situation me paraissait extrêmement grave, grave par la présence d'un corps étranger suspendu au-dessus de l'orifice trachéal et qui pouvait à un certain moment occasionner une asphyxie brusque, grave encore par la suppuration qui se faisait à l'intérieur de cette portion de l'arbre aérien et qui pouvait être le point de départ d'accidents infectieux.

Il fallait se hâter et je proposai la trachéotomie, seule capable, s'il en était encore temps, de sauver le malade. Mais les parents refusèrent de soumettre leur enfant à « cet égorgement », suivant leur expression, et malgré tout ce que je pus leur dire en cette occurence, ils s'en remirent à la volonté de Dieu. Je dus abandonner mon malade qui, le malheureux, demandait à grands cris, au contraire, une opération, pour mettre fin à sa triste situation. En quittant le père j'eus soin de lui recommander de m'appeler même si l'enfant arrivait à toute extrémité, la trachéotomie pouvant encore avoir quelques chances de succès, même pratiquée aussi tardivement.

Le lendemain matin le père vint de très bonne heure me réveiller, me disant que son fils était perdu et qu'il me laissait libre de faire tout ce que je croyais utile pour tâcher de le sauver. Tout en ne me faisant aucune illusion sur les

difficultés devenues extrêmes par les mauvaises conditions dans lesquelles j'allais intervenir, assisté de deux de mes collègues, les docteurs Molco et Cardoso, j'entrepris l'opération.

Celle-ci fut longue et extrêmement pénible. De nombreux vaisseaux sanguins incisés et qu'il fallut étrangler consciencieusement pour bien assécher le champ opératoire, firent prolonger la durée de l'opération. Nous fûmes même surpris par un accès de suffocation qui faillit emporter le malade. Le sang devint noir, les mouvements respiratoires s'arrêtèrent : mes collègues crurent aussi que tout était fini. Je découvris alors brusquement la trachée et sans plus me préoccuper de l'hémorrhagie, je l'incisai et j'introduisis rapidement la canule. A l'aide de quelques expressions du thorax, j'obtins enfin une saccade expiratoire énergique qui fit éliminer une assez abondante quantité de pus et de fausses membranes grisâtres avec un peu de sang et des mucosités. Il y avait donc bien un abcès intra-trachéal qui était de son côté une menace pour la vie.

Après deux heures de soins minutieux, le malade, qui une heure avant l'opération ne respirait plus qu'avec beaucoup de peine et avait un tirage menaçant et prémonitoire d'une asphyxie imminente, se trouva désormais soulagé et calme.

Les jours suivants je continuai avec la plus grande minutie les soins de propreté et d'asepsie nécessaires en pareille occurrence. La canule interne était nettoyée toutes les deux ou trois heures jour et nuit. Le troisième jour la trachée étant adhérente par ses bords d'incision au reste de la plaie, je retirai les deux canules hors de la trachée ; je nettoyai avec un tampon de coton imbibé d'une solution sublimée faible l'intérieur de la plaie et de la trachée d'où je retirai quelques détritus de tissus sphacélés qui étaient restés suspendus au-dessus de la canule. Enfin, après quelques délicates explorations du côté de l'extrémité supérieure de la trachée, je parvins à sentir avec un stylet recourbé le corps étranger que je n'avais plus retrouvé dans le larynx pendant l'examen que j'en avais fait la veille et que je soupçonnai naturellement être descendu plus bas et arrêté par la canule. Après m'être assuré qu'il était complètement libre,

je parvins à la saisir avec des pinces courbes et à l'extraire à la grande satisfaction des parents et du malade.

La canule fut maintenue encore deux jours dans la trachée pour laisser le temps à la plaie de se déterger complètement.

Quatre jours après la plaie trachéale se fermait et il ne persistait plus qu'un trajet fistuleux qui, à la fin du mois d'août, était complètement cicatrisé. En même temps la voix redevenait normale.

Quelques réflexions me paraissent utiles au sujet de ce corps étranger du larynx qui a présenté quelques particularités dignes d'être rapportées.

Et d'abord ce fragment d'os qui appartenait à une omoplate de mouton, était de forme triangulaire. Il présentait les dimensions suivantes : 22 millimètres pour chacun des trois côtés, il était par conséquent équilatéral. A l'examen laryngoscopique on avait aperçu une de ses crêtes ; il était donc fixé par deux sommets, le troisième plongé dans le conduit aérien. Cette position de champ était la plus favorable pour le malade, mais les pointes de cet os avaient ulcéré la muqueuse et donné naissance à une collection purulente qui s'était ouverte dans la trachée et qui pouvait donner lieu à des complications pulmonaires. Enfin, ces angles pointus et irréguliers n'auraient jamais permis l'extraction par la bouche sans exposer, soit à la fracture de cette lame encore trop mince elle-même et un fragment aurait été ainsi maintenu dans le larynx avec ses dangers, soit à une déchirure plus ou moins étendue des cordes vocales.

Au point de vue du mode d'intervention, nullement discutable dans le cas actuel, on a voulu le faire varier suivant le siège du corps étranger. C'est ainsi que la *pharyngotomie sous-hyoïdienne* a été pratiqué par Lefferts dans un cas de corps étranger enclavé entre le repli aryténo-épiglottique et dans la corde vocale supérieure.

La *thyrotomie* a été surajoutée à la trachéotomie préalable pour un corps étranger enclavé et fixé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales. Chez un de ses malades M. Labbé voulut éviter l'ouverture préalable

de la trachée, mais il fut bientôt dans la nécessité d'y recourir *in extremis*.

D'après l'observation que je viens d'exposer, je crois néanmoins pouvoir conclure que chaque fois qu'on aura affaire à un corps étranger enclavé dans la cavité sous-glottique, corps étranger qui ne pourra être enlevé par la voie buccale, il *faudra d'emblée créer par la trachéotomie une soupape de sûreté et attendre*. J'ai la conviction en effet que ce qui retient le corps étranger enclavé et fixé à la muqueuse laryngo-trachéale, c'est surtout l'état tonique et spasmodique des muscles sous-jacents.

Du moment que la trachéotomie met au repos complet le larynx et les muscles avoisinants, que la glotte ne subit plus des contractions spasmodiques qui n'ont d'autre effet que d'ancrer plus solidement encore le corps étranger à la muqueuse intéressée, la respiration se faisant par la canule, les muscles contractés se relâchent, la glotte devient béante et le corps étranger tend à descendre de lui-même et à se présenter au voisinage de la canule. Cette migration spontanée peut s'effectuer sans inconvénients, sans dangers, puisque la respiration a été tout d'abord assurée par la trachéotomie. C'est là véritablement l'opération urgente qu'il faut pratiquer immédiatement, ainsi que nous l'avons appris dans l'enseignement de M. le professeur Poncet.

DE L'HYSTÉROPEXIE PAR LE PROCÉDÉ DE LAROYENNE; MANUEL OPÉRATOIRE;

Par R. Condamin,
Professeur agrégé à la Faculté.

L'hystéropexie est entrée dans ces derniers temps dans le cadre des opérations le plus souvent pratiquées en gynécologie. C'est en effet un moyen thérapeutique dont les indications se rencontrent très fréquemment : prolapsus utérin et même prolapsus génitaux, rétroversion utérine plus ou moins difficile à maintenir par des pessaires, adhérences

utérines dans une position vicieuse, sont actuellement justiciables de cette opération.

Lorsqu'elle a fait son apparition en gynécologie, elle a été accueillie froidement et de nombreuses objections théoriques sont venues entraver sa vulgarisation. Il semblait qu'un utérus prolabé, par conséquent augmenté de volume et plus lourd pouvait être difficilement maintenu par quelques fils de soie ou de catgut, en contact avec la paroi abdominale antérieure.

Qu'allait devenir la vessie après une telle opération ? Il semblait en effet qu'elle n'aurait plus d'espace pour se développer, mais on oubliait que celle-ci quand elle ne peut se distendre à sa place habituelle le fait à côté. C'est ce qu'on observe tous les jours pendant la grossesse, à la suite de fibromes volumineux de l'utérus ou de kystes de l'ovaire.

Ce qui préoccupait le plus c'était la question de savoir ce que deviendrait un semblable utérus privé de sa mobilité habituelle en cas de grossesse.

Les cas de grossesse après hystéropexie ont, depuis ces craintes théoriques, été rencontrées nombre de fois et toujours l'évolution normale de celles-ci, aussi bien que la régularité du travail au moment de l'accouchement, sont venues montrer combien peu étaient fondées de telles appréhensions.

Aussi, actuellement la question est-elle jugée ; la méthode est acceptée de tous. Reste la question de procédé opératoire.

Comme l'a fait remarquer Pozzi dans son rapport sur l'hystéropexie (1), les uns avec Kœberlé et Klotz ont fixé les ovaires et les trompes à la paroi abdominale, tandis que d'autres suivant les procédés de Sœnger et d'Olshausen, amenaient la fixation de l'extrémité interne des ligaments larges, par trois points de suture situés sur les bords de l'utérus.

Dans une troisième méthode, l'utérus est fixé directement par plusieurs fils traversant les couches superficielles de l'organe (procédés de Léopold, Philipps, Terrier, etc.).

(1) Pozzi. Rapport sur l'hystéropexie. (*Comptes-rendus de la Société de chirurgie*, séance du 5 décembre 1888)

C'est évidemment dans cette dernière classe de procédés longuement décrits dans des traités spéciaux que se range le procédé opératoire de notre maître le professeur Laroyenne.

Ce procédé, d'une simplicité idéale, d'une exécution extrêmement facile, applicable à tous les cas, réduit au minimum les dangers d'infection, puisque la cavité péritonéale se trouve immédiatement fermée par le corps utérin après l'ouverture de la séreuse.

L'appareil instrumental nécessaire et spécial à ce procédé se réduit à un gros hystéromètre dont l'extrémité est renflée et à trois aiguilles-broches d'un maniement facile.

L'hystéromètre doit offrir un calibre supérieur à celui que présente le plus gros de ceux qu'on emploie ; son extrémité doit être suffisamment renflée pour qu'on n'ait pas à craindre de perforation utérine, même en appuyant avec assez de force. En raison de son volume, il sera nécessaire de faire une dilatation préalable du col, jusqu'au n° 30 de la série d'Hegar. L'hystéromètre alors permet une réduction facile. Maintenu solidement par un aide, il amène l'utérus au point de la paroi abdominale où celui-ci doit être fixé. La paroi antérieure de l'abdomen est alors incisée directement sur la saillie que forme l'utérus soulevé par un aide ; dès que la cavité abdominale est ouverte, et il suffit qu'elle le soit sur une faible étendue, cet orifice est immédiatement fermé par la paroi antérieure de l'utérus, soutenu qu'il est comme nous venons de le voir. La cavité péritonéale se trouve ainsi immédiatement fermée et l'on ne court ni les risques de l'écoulement de sang dans celle-ci, ni ceux de l'issue au dehors de l'intestin.

L'utérus alors est fixé dans cette position par les deux ou trois broches-aiguilles qui traversent successivement l'aponévrose, le péritoine d'un côté, puis la paroi antérieure de l'utérus pour aller ressortir de l'autre côté en traversant le péritoine et l'aponévrose. A ce moment, à vrai dire, l'opération est terminée : on peut aviver la paroi antérieure de l'utérus, suivant le conseil de Terrier, sans risquer de voir le sang s'écouler dans la cavité pelvienne. Des crins de Florence sont passés dans le chas des aiguilles-broches, puis serrés fortement, et il ne reste plus qu'à faire la suture cu-

tanée. L'opération complète ne demande pas dix minutes.

Voici maintenant les différents temps de cette opération, telle qu'elle se pratique à la clinique gynécologique de Lyon.

1er temps : Désinfection complète du champ opératoire et du vagin, dilatation du col utérin.

2e temps : La malade est placée en inversion sur le lit de Trendelenburg. Réduction de l'utérus prolabé ou en rétroversion par le gros hystéromètre de Laroyenne. Un aide le maintient constamment appuyé contre la paroi abdominale qu'il soulève légèrement au niveau du point où doit s'effectuer la fixation.

3e temps : Laparotomie sur la saillie formée par l'utérus soulevé. Incision de 6 à 8 centimètres au plus.

4e temps : Dès qu'est incisé le feuillet pariétal, l'aide qui soulève l'utérus avec l'hystéromètre maintient le corps utérin dans la plaie pendant que l'on place les deux ou trois aiguilles-broches.

5e temps : L'hystéromètre est retiré. Les crins de Florence passés dans le chas des aiguilles-broches sont noués et fixent la paroi utérine antérieure au péritoine et surtout aux aponévroses de la ligne blanche.

6e temps : Suture de la peau.

Dans les cas de rétroversions utérines adhérentes, ce procédé opératoire rend également des services en ce sens qu'il facilite beaucoup la libération des adhérences par suite du soulèvement de l'utérus par l'hystéromètre.

Les adhérences sont ainsi tendues et plus faciles à rompre.

Voici comme pièces justificatives quelques observations où ce procédé opératoire a été appliqué. L'exécution en a toujours été extrêmement facile et jusqu'ici la mortalité aussi bien que la récidive ont été à peu près nulles.

Ire Observation. — *Prolapsus génital complet; résection du col atteint d'allongement hypertrophique; périnéorraphie; hystéropexie*, par M. Condamin.

C. B..., âgée de 27 ans, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 10, en août 1893. Bonne santé antérieure, bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Il y a sept ans, elle eut un premier enfant. L'accouchement fut très pénible et dura 28 heures. Il y a cinq ans, deuxième enfant. Accouchement très laborieux. Nouvelle couche en 1891, encore plus laborieuse que les précédentes et qui se termina par une application de forceps. Enfant mort.

A la suite de cet accouchement elle ressentit une grande pesanteur dans le bas-ventre, qui s'accentuait quand elle marchait ou portait un fardeau un peu lourd. Un médecin qu'elle consulta à cette époque reconnut un prolapsus utérin, appliqua un pessaire, mais elle ne put le supporter. Actuellement, on constate chez cette malade une déchirure très large du périnée, le sphincter néanmoins n'est pas intéressé. Cystocèle et rectocèle légères. Le col de l'utérus arrive jusqu'à la vulve, surtout lorsque la malade est debout. La lèvre antérieure du col est très hypertrophiée et allongée. Quand cette femme tousse ou fait un effort on observe un abaissement jusqu'à la vulve de son corps utérin. En même temps elle ressent une douleur assez vive dans les reins.

En raison de la déchirure du périnée et de la rectocèle et cystocèle, il ne semble pas que l'on puisse maintenir par un pessaire seul ce prolapsus génital. D'autre part, en raison de l'âge de la malade, M. Condamin se croit autorisé à proposer une intervention opératoire qui est acceptée.

Opération : La première intervention consiste dans l'amputation de la lèvre antérieure hypertrophiée du col. Section au bistouri. Suture des bords de la plaie au catgut.

La deuxième intervention consiste dans la restauration du périnée. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale et adossemeut des deux parois latérales.

La malade alors est transportée sur le lit de Trendelenburg et on pratique l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. Cette troisième intervention, suture cutanée comprise, n'a pas duré 10 minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples. Malgré ces trois interventions en une seule séance, la malade n'a jamais présenté de température supérieure à 38°,2. Au huitième jour on enlève les fils de la périnéorraphie. L'utérus est par-

faitement maintenu élevé de contact avec la paroi abdominale. La rectocèle et la cystocèle ont disparu.

Au quinzième jour, la malade rentre chez elle. Pour plus de sûreté on lui fait porter pendant quelque temps un pessaire de Hodge.

IIe Observation. — *Prolapsus utérin; hystéropexie*, par MM. Laroyenne et Condamin.

P. L..., âgée de 61 ans, de Genay (Ain), entre le 18 juillet 1893 à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 7.

Bonne santé habituelle. A eu neuf enfants, le dernier il y a trente-deux ans. Accouchements normaux sans forceps. L'utérus fait saillie à la vulve depuis dix-neuf ans, mais le prolapsus est surtout marqué depuis dix ans. Il se réduit assez facilement, mais se reproduit immédiatement dans la station debout. La malade a porté, il y a quatre ou cinq ans, pendant quelque temps, un pessaire placé par une sage-femme, mais il tombait facilement et ne maintenait pas complètement le prolapsus. La cavité utérine mesure à l'hystéromètre 12 centimètres.

22 juillet. Hystéropexie par le procédé du prof. Laroyenne. L'utérus est fixé d'abord par les broches-aiguilles et ensuite par des crins de Florence qui fixent l'utérus aux aponévroses de la ligne blanche et au péritoine correspondant.

28 juillet. La malade va aussi bien que possible. Elle n'a jamais présenté de température et commence à se lever.

7 août. On lui place un pessaire Hodge pour plus de sûreté, et la malade rentre chez elle n'éprouvant aucune souffrance. L'utérus est maintenu assez haut contre la paroi abdominale. On ne constate pas d'impulsion quand la malade tousse ou fait un effort.

IIIe Observation. — *Prolapsus utérin; hystéropexie*, par MM. Laroyenne et Condamin.

P. F..., âgée de 38 ans, domestique, née à Chauton (Loire), entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 11, le 5 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Réglée à douze ans et toujours régulièrement depuis cette époque, mais abondamment et pendant huit jours. Deux accouchements, l'un en 1875, l'autre en 1886, normaux tous deux. Pas de fausse couche. Depuis le mois de janvier dernier, elle s'aperçoit que sa matrice sort à la vulve. Le prolapsus a augmenté peu a peu depuis cette date, et actuellement il fait hors de la vulve une saillie de 8 centimètres.

12 juillet. Hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne. Fixation de l'utérus à la couche musculo-aponévrotique de l'utérus par trois fils de catgut.

18 juillet. La malade présente un peu de température : on en trouve rapidement la raison dans un petit abcès développé autour d'un des fils profonds. On fait sauter les fils superficiels. Il s'écoule un peu de pus.

7 août. La réunion par deuxième intention est à peu près complète. Le résultat n'a pas été compromis par cette suppuration. L'utérus reste bien fixé à la paroi abdominale et la malade rentre chez elle, n'éprouvant aucune douleur. On lui place pour quelque temps un pessaire destiné à corroborer les effets de l'hystéropexie.

IVe Observation. — *Rétroversion adhérente ; hystéropexie*, par MM. Laroyenne et Condamin.

Pierrette Blon..., 31 ans, entrée salle Sainte-Thérèse le 7 juin 1893.

Menstruée à 13 ans. Les règles sont régulières, très abondantes. Mariée à 20 ans, a eu deux enfants, l'un mort à cinq mois, l'autre bien portant âgé de 9 ans. Une fausse couche d'un mois et demi il y a huit mois.

La malade se portait très bien jusqu'à cette fausse couche; à la suite, elle a gardé le lit pendant deux mois. Elle a été très malade pendant quinze jours. Vomissements. Douleurs et gonflement du ventre, puis peu à peu elle s'est rétablie ; mais elle a toujours souffert dans les reins et dans le basventre surtout à gauche. Les règles ont été suspendues pendant deux mois ; à leur retour elles n'ont pas été beaucoup plus abondantes. Pas de douleur.

La malade a fait déjà dans le service un séjour du 5 no-

vembre au 6 décembre dernier pour pelvipéritonite. Elle a été traitée par le repos et des topiques : elle est sortie très améliorée. Mais ce mieux n'a pas persisté longtemps ; et actuellement la malade a de vives douleurs lombaires. La marche n'est pas très pénible. Les rapports sexuels ne sont pas spécialement douloureux.

Elle présente un bon état général ; un peu de constipation. Au toucher on trouve l'utérus en rétroflexion, un peu incliné à droite, le col légèrement dirigé en avant. Du côté des annexes, rien à droite. A gauche, un peu d'empâtement et de douleur à la pression, pas de collection.

7 juin. Opération. Anesthésie à l'éther. Dilatation de l'utérus avec les bougies d'Hegar. Incision de la paroi. Déchirure d'adhérences légères entourant l'ovaire et la trompe surtout à gauche. L'utérus est porté au niveau de la plaie abdominale par le gros hystéromètre. Il est fixé à la paroi par deux fils de catgut traversant le péritoine et l'aponévrose. Suture en surget à trois plans. Suites simples. Température se tenant entre 37°,2 et 38°,4 pendant les huit jours qui suivent.

17 juin. On enlève les fils. La plaie est cicatrisée. La malade s'est levée pendant une heure ; elle ne souffre pas.

23 juin. La plaie abdominale est complètement guérie. La paroi est souple. La malade se trouve bien et ne souffre pas du tout pendant la marche.

26 juin. On sent dans les culs-de-sac latéraux, les annexes soulevés, non douloureux à la pression.

La malade sort allant aussi bien que possible.

V[e] OBSERVATION. — *Prolapsus utérin ; cystocèle ; absence de périnée ; hystéropexie ; colporrhaphie antérieure ; restauration du périnée*, par MM. LAROYENNE et CONDAMIN.

Buis..., 38 ans, cultivatrice, entrée salle Sainte-Thérèse, le 13 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Toujours réglée normalement. Il y a deux ans, accouchement au forceps. Six mois après, elle s'aperçut que son utérus venait faire un peu saillie à la vulve. Ce phénomène ne se produisait d'abord qu'après les

excès de fatigue ou de travail; puis il est devenu habituel.

Actuellement la malade présente un prolapsus utérin complet avec ulcérations saignantes du col.

La cavité utérine mesure 11 centimètres. La vessie accompagne l'utérus dans sa chute. Le périnée est réduit à la seule cloison recto-vaginale. La malade n'a jamais porté de pessaire. Vu son jeune âge, on lui propose immédiatement l'hystéropexie.

21 juillet. Dans la même séance M. le prof. Laroyenne pratique l'hystéropexie, la réfection du périnée et la résection d'un lambeau de la paroi antérieure du vagin pour réduire le prolapsus vésical.

C'est par cette dernière opération que l'on commence. On excise un large lambeau elliptique de la muqueuse vaginale antérieure, puis on rapproche par une suture au catgut les deux lèvres de la plaie.

La restauration du périnée se pratique par le procédé de L. Tait. Décollement de la muqueuse vaginale, puis suture avec quatre points de catgut.

L'hystéropexie est faite par le procédé habituel. Trois fils de gros catgut sont passés dans l'aponévrose, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus. Suture de la peau par un surjet au catgut.

Pendant les huit jours qui ont suivi l'opération, la température s'est maintenue entre 38° et 38°,5, puis est redevenue normale.

Les fils périnéaux ont été enlevés le cinquième jour, les autres le douxième.

9 août. La malade sort enchantée du résultat de son opération.

L'utérus est parfaitement maintenu élevé contre la paroi abdominale.

SUR L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE JEUNE AGE;

Par le docteur Vivien.

Fin. — (Voir le dernier numéro.)

IV. — Eaux alcalines.

A *Vichy*, la plus connue avec Aix des villes d'eaux françaises, la température est insupportable en juillet et août.

Eau médicamenteuse et non eau de table, elle rend de grands services, surtout dans la thérapeutique des adultes. La bien connaître, c'est déjà en faire pressentir les indications sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

Les sources de Vichy sont nombreuses : citons la Grande-Grille avec ses 41°, l'Hôpital qui n'a pas 30°, Lardy qui est à 23°, Mesdames qui est à 16, les Célestins et Hauterive, qui sont deux sources froides, le puits Chomel qui se rapproche de la température de la Grande-Grille. Eaux surtout alcalines, elles sont prises comme telles à la Grande-Grille et à l'Hôpital ; Lardy et Mesdames sont fréquentées par les anémiques à cause de leurs sels de fer (0,01 cent. à Mesdames) ; les Célestins et Hauterive (près Vichy), sont des eaux froides, gazeuses, très agréables à boire, et le puits Chomel avec son odeur arsenicale, son goût bitumineux est surtout apprécié des goutteux ayant les voies supérieures malades.

Vichy a, à la source, des propriétés que le transport lui enlève : ceci est hors conteste pour les eaux thermales. Elles se prennent aujourd'hui par quart, par demi-verre, mais il fut un temps où on les prenait en grande quantité, comme nous l'apprend Mme de Sévigné dans sa correspondance. Les 4 à 5 gr. de bicarbonate de soude que Vichy contient par litre les rendent, lors d'emploi excessif, indigestes. La fièvre thermale, bien connue des docteurs de cette station, résulte de l'action stimulante de ces eaux sur la circulation : le cours du sang est accéléré, et le système nerveux est excité.

L'usage prolongé de ces eaux alcalinise le sang, c'est ce qui arrive chez les indigènes dont le teint terreux, pâle, dont l'affaiblissement trahissent la filtration des eaux thermales à travers les puisards. Les enfants du pays font une cure qui n'est pas sans danger quand on pense que Vichy est avant tout contre-indiqué aux vieillards et aux petits enfants, lors même que ces derniers présentent avec un gros foie un embarras gastrique manifeste. Comme contre-indications, relevons encore toutes les affections organiques (affections du cœur, des reins, cancer de l'estomac), même les cirrhoses avérées, car Vichy accentue l'ascite, et toutes les anémies profondes quelle qu'en soit la cause. A Vichy, on ne doit pas envoyer les malades dont l'état ne relève que d'un traitement symptomatique.

Les indications de ces eaux sont les suivantes : les congestions aiguës du foie, avec bile épaisse, les coliques hépatiques, même les formes frustes prises si fréquemment pour de la gastralgie, tous ces malades qui après leur repas présentent un foie volumineux, une vésicule douloureuse.

Si Plombières réclame les goutteux, les rhumatisants qui sont anémiés et nerveux, Vichy guérit ou au moins transforme ceux qui avec un gros foie sont dyspeptiques, sujets aux gastralgies, les obèses qui ne sont pas affaiblis, les diabétiques, les goutteux à mine colorée, à pouls puissant, boivent comme les précédents à la Grande-Grille, tandis que les lithiasiques rénaux, ceux qui sans avoir de graviers sont en puissance de diathèse urique, trouvent à la source des Célestins une eau diurétique et digestive.

En terminant cet aperçu général, nous plaçant sur le terrain que nous ne perdons pas de vue dans tout le cours de cette étude, nous disons que les petits enfants ne doivent pas être envoyés à Vichy, et que les sources froides, les Célestins et Hauterive, doivent leur être administrées comme la potion de Rivière, c'est-à-dire à la dose de cuillerées à café.

Cusset, aux portes de Vichy, ne peut lui être comparé sous le rapport des eaux, à la fois moins abondantes et moins alcalines.

Cusset convient aux personnes qui ont besoin de solitude ; cette station offre, à la source Sainte-Marie, une eau qui est à 16°, légèrement ferrugineuse, et qui constitue à la station une bonne eau de table.

Les eaux de *Vals* sont trop connues et trop appréciées dans la région lyonnaise pour nous étendre ici sur les multiples avantages qu'elles offrent aux médecins.

Nous dirons seulement que le traitement sur place est surtout fait par les habitants de la vallée du Rhône, par les Méridionaux (Vals est dans l'Ardèche), les gens du Nord fréquentent peu cette station.

Ces eaux sont froides, leur activité est grande, dépasse même, quand elles sont prises à distance, celles de Vichy. A Vals, la minéralisation s'élève jusqu'à 6 et 7 gr. de bicarbonate de soude par litre : ce sont donc des eaux très alcalines. Parmi les très nombreuses sources, nous n'en retiendrons qu'une qui nous intéresse tout spécialement : la source Saint-

Jean. Avec 1 gr. 50 de principes minéralisateurs, elle convient parfaitement aux enfants en bas âge à qui on peut la donner couramment.

Comme toute eau médicamenteuse, on saura en suspendre l'usage. Elle doit être donnée de préférence dégourdie et fraîche, cette eau ne se conservant qu'en bouteille parfaitement bouchée. Dans ces conditions, elle remplace les Célestins, Hauterive, mais, à l'égal de ces dernières, constitue comme eau de table une boisson trop forte qui avec le temps affaiblirait et entretiendrait l'état dyspeptique qu'elle est appelée à combattre.

Des eaux alcalines, on passe naturellement aux eaux de table.

Ces dernières se divisent en eaux acidulées peu minéralisées et à forte minéralisation.

Saint-Galmier, dans la Loire, appartient au premier groupe. Très chargées en CO^2 (1/3 par litre), elles constituent une excellente eau de Seltz, dont elles présentent les mêmes indications et contre-indications. Saint-Galmier, dans la thérapeutique de la première enfance, doit être assimilé à la potion de Rivière. On l'ordonnera aux enfants que les chaleurs rendent sans forces, atones, avec l'intention de relever l'appétit; mais on se souviendra que cette eau n'est pas prise impunément pendant toute saison, et surtout qu'elle est mal digérée par les petits nerveux, qu'elle les excite et entretient chez eux l'insomnie.

Alet, dans l'Aude, dont l'eau à 28° à la source supporte très bien le transport. D'une minéralisation faible, ne dépassant pas 57 cent. par litre, elle contient avec des traces de CO^2, 0,39 cent. de principes bicarbonatés (CaO, fer, magnésie, manganèse) et 0,17 cent. de sulfates et phosphates. L'eau d'Alet est une eau de table parfaite, très digestive. C'est presque de l'eau distillée. Elle convient à tous les enfants, quel que soit l'âge. Sans inconvénients, elle n'excite pas, elle ne provoque pas de troubles gastriques, bien au contraire elle est d'un précieux secours dans les dyspepsies du premier âge.

Plus tard, un excellent mode d'administration consiste à la donner avec le pale-âle dans la proportion de 1 à 3.

A *Pougues* (Nièvre) les eaux sont froides (12°) riches en

CO^2 (33 centilitres par litre), en bicarbonates terreux (CaO, magnésie), 2 gr. par litre, avec 0,65 cent. de soude et des traces de sulfate et de fer. Pougues prend place à côté de Vichy, Royat, Plombières : les affections chroniques du foie, de l'estomac, y sont traitées avec succès.

A Pougues, seront envoyés les malades qui présentent un état catarrhal de l'estomac se manifestant par une langue saburrale, des éructations s'accompagnant de rejet de mucosités, par un gros foie s'accompagnant d'une teinte subictérique des conjonctives, par des garderobes fétides. Cet état gastro-hépatique que décèle le ballonnement du ventre après le repas peut se voir chez les enfants comme chez les adultes.

A Pougues, dont les eaux sont également diurétiques, seront améliorés les malades dont l'urine est chargée, dont la sécrétion rénale est diminuée.

Châtel-Guyon, aux portes de Riom, dans le département du Puy-de-Dôme, a des eaux d'une thermalité variant entre 30° et 37°, riches en chlorures (de sodium, de magnésiun, de potassium), 2 gr. à 2 gr. 50 par litre. En bicarbonates (3 à 4 gr.), contenant un peu de fer, des sulfates (0,50 à 0,60 cent.), des traces d'arséniate, d'alumine, de silice, de matières organiques et de l'acide carbonique libre.

De telles eaux sont à la fois toniques, digestives et laxatives ; elles conviennent aux enfants dont l'estomac est affaibli, dont le foie fonctionne mal, à tractus intestinal inerte.

Châtel-Guyon est également efficace chez les enfants qui sont sur le chemin de la typhlite ; l'inertie du gros intestin, qu'elle s'accompagne de simple constipation ou d'empoisonnement, d'anémie par ralentissement des matières stercorales, en est justiciable.

Condillac (Drôme). Aux enfants convalescents de longue maladie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, à cet âge où l'eau d'Alet ne suffit plus et où l'eau de Saint-Galmier ne convient pas encore, Condillac rendra le plus grand service.

Très utile à 6, 7 ans, cette eau supplée celle d'Orezza, eau ferrugineuse qui est surtout indiquée vers 12, 15 ans. Condillac soutient les forces, combat l'anémie, et est fort bien tolérée par les estomacs délicats dont elle réveille les fonctions digestives.

Eau froide, elle possède 1 gr. 50 de bicarbonates calciques, 0,20 cent. de sels sodiques, de la magnésie, du fer à la dose de 0,21 cent. par litre et de l'acide carbonique libre en certaine quantité.

V. — Eaux purgatives.

Il n'y a pas en France d'eaux purgatives qui soient comparables aux eaux étrangères : aussi nous ne nous y arrêterons pas.

Chez les enfants, les purgatifs doux sont au premier rang, et se substituent complètement à toutes les eaux allemandes (telles que celles de *Hunyadi-Janos* ou autres, *Viltacabras* en Espagne), qui chaque année rendent de si grands services dans la thérapeutique des adultes.

A *Aulus*, à *Chatel-Guyon*, à *Montmirail* existent des eaux surtout laxatives, moins efficaces que les eaux étrangères, et d'ailleurs largement suppléées pour les goutteux, les rhumatisants par quelques grammes de sulfate de soude, dans un verre d'eau de Royat.

VI. — Eaux ferrugineuses.

Presque toutes les stations d'eaux se le disent; quelques-unes le sont plus particulièrement. En France, nous avons nommé *Luxeuil*, *Bussang*, *Forges*, et *Orezza* en Corse.

Chez les enfants, formellement contre-indiquées avant l'âge de six, sept ans, ces eaux doivent être administrées avec une grande prudence. Le fer, tous les praticiens le savent par expérience, est très diversement supporté par les malades. Si les petits enfants le digèrent toujours mal, les chlorotiques, les anémiques sont loin de se comporter d'une façon uniforme à son endroit, et Claude Bernard a pu dire que pour chaque malade le médecin devait choisir sa préparation.

Pratiquement, on veillera à les faire prendre à l'heure des repas; — à en suspendre l'usage de temps en temps ou du moins à en alterner l'emploi avec les eaux dites minérales, plus particulièrement Vals (source Saint-Jean), Alet; — à surveiller la régularité des garderobes en administrant la

rhubarbe, si cela est nécessaire ; — et on ne craindra pas d'y renoncer prématurément si l'eau est mal tolérée.

Luxeuil. Située dans la Haute-Saône, cette station, d'accès facile, jouit du climat gris des Vosges. Son altitude est à 300 mètres au-dessus du niveau de la mer. Tonique par son climat, Luxeuil ne doit pas être fréquentée en avril et en septembre.

Sur treize sources, trois sont ferrugineuses, dont une froide. Comme principes minéralisateurs, les uns lui appartiennent à l'exclusion des autres stations (manganèse), d'autres lui sont communs (sesquioxyde et phosphate de fer). La source la plus ferrugineuse a 2 centigrammes de sesquioxyde de fer.

Luxeuil convient aux chlorotiques et aux anémiques. Les chlorotiques se trouvent particulièrement bien de cette station. Ceux-mêmes qui présentent des manifestations soit chlorotiques, soit rhumatismales, y trouveront le même profit qu'à Plombières. Le traitement y est mixte : boissons et bains.

Luxeuil réussit également aux débilités par traumatisme, aux anémiques par accidents.

A Luxeuil, les fausses chloroses s'aggravent aussi rapidement que la vraie chlorose s'amende ; par la réaction provoquée du côté de la circulation cardio-pulmonaire l'eau appelle les hémoptysies, et ne doit être par suite conseillée qu'après diagnostic fermement établi. A ce propos nous rappellerons le cas suivant, arrivé récemment à un de nos maîtres, qui nous l'a communiqué de vive voix. Une jeune fille, après l'examen du docteur, médecin de la famille, part avec son père rejoindre sa mère à Luxeuil : malgré les avis donnés au départ, on fait usage des eaux, en un mot on se soumet à un traitement complet. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés qu'au mouvement fébrile jusque là ébauché se substitue un état grave : la fausse chlorose se révélait, et des hémoptysies, dont l'une devait six semaines plus tard emmener la malade, confirmaient cette tuberculisation latente que le docteur avait décelée au départ. Un exemple pareil suffit pour voir dans la phymatose une contre-indication formelle des eaux ferrugineuses.

A *Forges* (Seine-Inférieure) on envoie les malades qui

dans l'est de la France vont à Luxeuil. Les indications et contre-indications sont identiques de part et d'autre. L'eau de Forges est froide et contient du fer à l'état de sulfate.

Pour être complet dans notre rapide aperçu, nommons *Bussang* dans les Voges, dont les eaux sont principalement exportées, et *Orezza*, en Corse, qui par sa richesse minéralisatrice demande une grande surveillance dans son emploi.

Toutes ces eaux étant transportables, il importe d'avoir toujours présents à l'esprit les dangers qu'elles peuvent faire courir, et aux familles, qui pendant l'été les prennent comme boissons de table, le docteur doit sinon les défendre, au moins conseiller d'en alterner l'usage avec d'autres eaux minérales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

PARADOXES THERMOMÉTRIQUES.

M. Onimus désire appeler l'attention des médecins sur les erreurs pour ainsi dire paradoxales auxquelles peuvent donner lieu les observations thermométriques.

La mensuration de la température extérieure paraît être une chose facile, mais en réalité rien n'est plus incertain, et la preuve la plus frappante est la différence énorme qui existe entre la température marquée par le thermomètre et celle que nous ressentons pendant les mois d'hiver, au moment du coucher du soleil. Ce sont les sensations qui ont raison et les thermomètres qui ont tort.

Lorsque les journées sont belles, le thermomètre, à cinq heures du soir, marque la même température qu'à dix ou onze heures du matin, et cependant le matin on a chaud et au moment du coucher du soleil on a froid et même très froid.

La discordance entre nos sensations et les indications thermométriques est tellement grande, que l'on peut croire tout d'abord à la défectuosité des instruments. Il n'en est rien, le fait est absolument exact : thermométriquement parlant, il y a le même nombre de degrés à cinq heures qu'à dix heures.

Un seul instrument donne des indications qui concordent mieux avec nos sensations, c'est le thermomètre humide. Celui-ci en effet se rapproche des conditions de notre organisme, car l'évaporation de l'eau sur la cuvette représente la transpiration cutanée. Cette influence est si considérable qu'on est étonné des écarts qui existent entre le thermomètre sec et le thermomètre humide, ils varient de 2 à 4 degrés et peuvent même atteindre 10 degrés, lorsque les vents qui règnent sont secs.

Cependant le thermomètre humide même ne peut donner que des approximations, car l'évaporation étant l'élément important, celle-ci n'est pas identique sur le thermomètre et sur le corps humain.

Les erreurs du thermomètre sont certaines et très accusées lorsqu'il y a de l'agitation de l'air, un vent violent; elles sont plus accusées encore lorsque l'air est très sec.

D'un autre côté, les phénomènes de radiation ont une influence moindre sur le thermomètre que sur notre organisme, et le refroidissement que nous éprouvons à un moment tient surtout au rayonnement de toutes les parties de notre corps. C'est là un genre de refroidissement que les instruments physiques peuvent difficilement évaluer.

La différence entre les indications thermométriques et nos sensations peut même se produire non seulement à certains moments de la journée, mais pendant toute une journée; c'est ainsi que, lorsque le vent du nord-ouest souffle avec un ciel serein, le thermomètre monte le premier jour, et cependant nos sensations révèlent un refroidissement considérable.

Ce n'est pas tout, selon l'endroit où est placé le thermomètre, il y a une différence considérable, différence qui peut durer vingt-quatre heures. Dans l'intérieur des maisons, la baisse survenue à la suite de perturbations atmosphériques amenant du froid dure un jour de plus qu'à l'extérieur, et c'est pour cela qu'on éprouve une sensation si pénible de froid et que l'on s'étonne si souvent qu'il fasse plus chaud dehors que dedans. C'est le contraire qui a lieu au début de la perturbation atmosphérique.

On ne saurait donc se tenir suffisamment en garde contre

les erreurs commises dans les observations thermométriques.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances d'octobre 1893.— Présidence de M. Cordier.

ABCÈS DU CERVELET.

M. Repelin, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte dans le service de M. Teissier. Il s'agit d'un cas d'abcès du lobe droit du cervelet survenu chez une jeune fille atteinte depuis cinq ans d'otite moyenne. Aucun symptôme spécial n'a permis de faire le diagnostic de la localisation. (Sera publié.)

M. Lépine fait remarquer que ce cas vient à l'appui de l'opinion de Nothnagel qui pense qu'il n'y a pas de symptômes cérébelleux lorsque la lésion a pour siège le centre même d'un lobe.

LIPOME DIFFUS.

M. Lépine communique à la Société une observation curieuse de lipôme diffus qu'il a recueillie récemment. Il s'agit d'une femme de 45 ans, ayant une santé générale excellente, qui présente sur les bras et les cuisses d'énormes manchons lipomateux, sillonnés de varicosités. Les deux mamelles sont aussi le siège d'une hypertrophie graisseuse considérable. Ces masses, à la palpation, sont infiniment plus molles que le lipôme classique.

L'affection s'est développée progressivement depuis six ans : à cette époque la malade était porteur, dans la partie supérieure de la région dorsale, d'un lipôme de volume et de consistance ordinaires.

Dans la littérature médicale, M. Lépine a trouvé un mémoire récent d'un médecin de Finlande analysé par M. Frenkel dans le *Lyon Médical*.

Comme traitement, M. Lépine a conseillé l'iodure de potassium.

M. Cordier croit que le mercure était indiqué également. Chez des syphilitiques porteurs de lipômes, il a vu ceux-ci disparaître à la suite d'un traitement mercuriel.

M. Bard a vu un cas assez analogue à celui de M. Lépine. Il s'agit là en somme d'un phénomène de généralisation dans un tissu du même

genre que celui qui a été le point d'origine de la tumeur primitive. C'est là la raison de la demi-malignité de ces productions. M. Bard rappelle que l'an dernier il a fait, devant la Société, les mêmes remarques pour des tumeurs du type sébacé.

M. Lépine insiste sur ce fait que, chez sa malade, pour les bras, les cuisses, les mamelles, la transformation graisseuse s'est faite en masse : il n'y a pas eu des tumeurs isolées qui se soient fusionnées plus tard.

Le développement vasculaire considérable qui s'est produit dans ces masses lipomateuses est sans doute pour beaucoup dans la sensation de mollesse qu'elles donnent à la palpation.

L'un des secrétaires annuels, P. Lacour.

REVUE DES LIVRES

La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris; aide-mémoire et formulaire, par le prof. Paul Lefert. Un vol. in-16 de 285 pages. — Cartonné 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies des enfants : A. Broca, Cadet de Gassicourt, Comby, Descroizilles, D'Heilly, Grancher, Hutinel, Kirmisson, Labric, Lannelongue, Legroux, Millard, Moizard, Aug. Ollivier, Redard, De Saint-Germain, Sevestre, Jules Simon, Variot, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien, les *angines*, l'*antisepsie*, la *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *chorée*, les *convulsions*. la *coqueluche*, la *coxalgie*, la *croissance*, la *diphtérie*, la *fièvre typhoïde*, l'*incontinence d'urine*, le *mal de Pott*, la *méningite*, l'*ophtalmie purulente*, la *paralysie*, la *pleuresie*, la *pneumonie*, le *rachitisme*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *scrofule*, les *stomatites*, les *terreurs nocturnes*, les *vers intestinaux*.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris ; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la

pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de l'orchite aiguë par la pulvérisation phéniquée. — Cette méthode, employée par MM. les docteurs Thiéry et Fosse, consiste à pulvériser une solution d'acide phénique à 1/50 sur les bourses recouvertes ou non d'une feuille simple de gaze tarlatane et isolées de l'hypogastre et de la partie supérieure des cuisses par un taffetas gommé. La pulvérisation doit être projetée aussi chaude que possible, durant vingt minutes à une demi-heure. Elle est renouvelée deux fois par jour (exceptionnellement trois dans les cas très graves), jusqu'à disparition complète de la douleur. Dans l'intervalle de deux pulvérisations le malade reste étendu dans son lit, les bourses relevées : au bout de quelques jours on lui permet de se lever.

Cette méthode de traitement à la fois inoffensive et efficace mérite de prendre place dans la thérapeutique de l'épididymite blennorrhagique et vraisemblablement de toutes les orchites aiguës. Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général et semble abréger d'une façon notable la durée de l'affection. (*Union médicale de Paris*, 5 oct. 1893.)

Éthérisation des hernies étranglées. — Dans le journal de médecine de Prague (*Prag. med. Wochenscrift*, 1893, n° 35), Finkelstein conseille d'avoir recours à la réfrigération pour la réduction des hernies difficiles à faire rentrer. Il fait placer le malade dans la position la plus favorable à la réduction de la hernie, dans le décubitus dorsal, le siège élevé, les cuisses et les jambes fléchies; et il fait verser sur la tumeur deux cuillerées d'éther toutes les quinze minutes. Au bout de quelques heures la réduction se fait spontanément ou à l'aide d'un taxis léger.

Sur 26 cas de hernies étranglées, ce procédé a réussi 20 fois. (*Gazette hebdomadaire* du 30 septembre 1893.)

Emploi de l'antipyrine dans le traitement de la blennorrhagie. — Le docteur Waltier met à profit les propriété analgésiantes de l'antipyrine pour rendre inoffensives les injections à employer contre cette maladie.

Il conseille la formule suivante :

Sublimé corrosif.........	2 centigrammes.
Antipyrine	2 grammes.
Eau distillée............	200 —

Pour une injection qui sera répétée quatre fois par jour.

Il recommande également l'antipyrine à l'intérieur et associée au bromure de potassium pour empêcher les érections douloureuses. Les doses qu'il conseille pour chaque nuit sont de trois grammes de bromure de potassium et un gramme d'antipyrine. (*Siglo medico* du 1er octobre 1893.)

Le cancer en Angleterre. — Suivant le docteur Roger William, la mortalité causée par le cancer est en progression en Angleterre. Elle était en 1848 de 1 décès sur 140; en 1850 elle était montée à 1 sur 74; en 1860, à 1 sur 62; en 1870, à 1 sur 54; en 1880, à 1 sur 40; enfin en 1890 elle atteignait 1 sur 28. — Une augmentation égale s'observe en Écosse, en Norwège, en Hollande, en Prusse et en Australie, pendant qu'il y a une décroissance en Irlande. (*El Siglo medico.*)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LA POPULATION DE PARIS (1).

Accroissement proportionnel de la population de Paris et de la population de la France de 1801 à 1891.

Années.	Paris.	France.
1801.............	1.000	1.000
1806.............	1.071	1.060
1821.............	1.302	1.076
1826.............	1.629	1.156
1831.............	1.416	1.181
1836.............	1.670	1.220
1841.............	1.716	1.241
1846.............	1.936	1.285
1851.............	1.935	1.299
1856.............	2.040	1.311
1861.............	3.060	1.333
1866.............	3.332	1.359
1872.............	3.381	1.341
1876.............	3.633	1.376
1881.............	4.142	1.399
1886.............	4.281	1.418
1891.............	4.469	1.423

D'ailleurs, par suite de l'adjonction de communes suburbaines, de l'extension de sa surface territoriale, bien que la population s'accroisse considérablement, elle est devenue moins dense qu'elle n'était anciennement. Au XVII[e] siècle, selon M. Levasseur, Paris avait 489 habitants par hectare. En 1856, avant l'annexion de la banlieue, il n'y avait plus que 340 habitants par hectare, et en 1886 seulement 291. Actuellement, en 1891, notre population spécifique est de 310 à l'hectare.

L'élévation au quintuple de la population du département de la Seine témoigne peut-être encore plus que celle de Paris de l'accroissement de la population de notre grande agglomération urbaine. En effet, les derniers recensements permettent de constater un énorme accroissement de nos communes suburbaines. De 1886 à 1891, Clichy a vu sa po-

(1) Résumé d'une étude statistique et démographique de M. G. Lagneau, in *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris.*

pulation s'accroître de 26.741 à 30.698 habitants; Levallois-Perret, de 35.649 à 39.857 habitants, etc.

La population de la plupart de nos grandes villes, de même que celle de Paris, s'accroît rapidement. De 1856 à 1891, la population de Lyon s'est élevée de 292.127 à 438.077 habitants.

L'ensemble de notre population urbaine c'est-à-dire des localités ayant plus de 2.000 âmes, de 1845 à 1886, s'est élevée de 8.646.743 à 13.766.508 habitants; tandis que la population de toute la France, de 35.400.486, ne s'est élevée en 1891 qu'à 38.341.142; et que la population rurale, loin d'augmenter, a diminué de 26.753, 743 à 24.452.395 habitants en 1886. Alors que la population urbaine a augmenté de trois cinquièmes, la population totale de la France a augmenté d'un douzième, et la population rurale a diminué d'un onzième.

Par suite de cet accroissement de la population urbaine et de la diminution de la population rurale, alors qu'il y a quarante-cinq ans la population urbaine représentait 24,42 sur 100, moins du quart de la population totale, elle en représente actuellement plus de 35,95, beaucoup plus d'un tiers ; tandis que la population rurale, qui alors représentait 75.58 sur 100, plus des trois quarts de la population totale, actuellement n'en représente plus que 64,05, moins des deux tiers.

Si l'on étudie par âge ces différentes populations, on remarque de grandes différences dans leur répartition. Normalement, une population qui ne se recrute que par sa natalité, depuis la naissance jusqu'à l'extrême vieillesse, présente des nombres de plus en plus décroissants, depuis la dîme mortuaire prélevée à chaque âge. Il n'en est pas complètement ainsi pour la population de la France entière. Si, pour l'année 1886, on rapproche les naissances des habitants recensés selon leurs âges, on constate bien que les habitants après avoir diminué beaucoup durant la première année d'existence, diminuent encore assez régulièrement de trente ans à l'extrême vieillesse. Mais, par suite de l'arrivée vers l'âge de vingt à trente ans d'étrangers, actuellement au nombre de 1.126.000 les habitants de cet âge deviennent plus nombreux que les jeunes gens de quinze à vingt ans,

Dans la France, à la suite des 912.838 nouveau-nés, on constate 700.059 enfants d'un an. La diminution est donc d'un peu plus de deux neuvièmes, de 23,31 sur 100. Mais, dès la deuxième année, âge auquel les enfants sont au nombre de 659.066, jusqu'à la fin de la vingtième année, âge auquel on recense 639.999 habitants, les variations sont limitées. A partir de ce dernier âge, l'immigration étrangère porte à 775.504 le nombre des habitants de vingt-quatre ans. Mais bientôt après la diminution d'âge en âge devient assez régulière.

Dans le département de la Seine et à Paris en particulier l'accroissement à l'âge du travail, à l'âge moyen de la vie, est bien plus considérable, tant est puissante l'attraction de notre grande agglomération urbaine. Dans ces populations, si l'on rapproche des naissances les enfants d'un an recensés, on constate d'abord une diminution bien plus grande par suite de l'envoi en nourrice de nombreux nouveau-nés. Dans le département de la Seine, après les 76.793 naissances, on constate 36.857 enfants d'un an. La diminution n'est donc plus de deux neuvièmes comme en France, mais de plus de moitié, de 52 sur 100. Pareillement à Paris après les 60.636 naissances, on recense 27.438 enfants d'un an ; soit également une diminution de plus de moitié, de 54,75 sur 100.

Dans ces deux populations, à partir de l'âge de 15 à 16 ans, par suite de l'arrivée de nombreux nationaux étrangers, l'accroissement devient tel que de 24 à 30 ans les habitants se trouvent être presque deux fois plus nombreux que ceux d'un an. Dans le département de la Seine, à 24 et 26 ans, on trouve 60.745 et près de 61.075 habitants, alors qu'à deux, il n'y avait que 36.274 enfants. A Paris, à 24 et 26 ans, on constate 49.082 et près de 50.324 habitans, au lieu de 26.690 enfants d'un an. Mais, à partir d'environ 27 ou 30 ans, la diminution de ces deux populations se fait assez régulièrement.

La répartition par âges des habitants recensés en 1886 se reproduit, pour Paris, dans la répartition des recensés de 1891. Parmi les 2.424.705 habitants recensés à Paris en 1891, alors que l'on ne trouve que 150.490 enfants de moins de 5 ans, on constate la présence de 272.047 adultes de 25 à

29 ans accomplis, soit plus des trois quarts en plus. Loin de de décroître de la naissance à l'extrême vieillesse, comme une population normale, la population parisienne, quoique enregistrant 61.045 naissances en 1891, par suite de l'envoi de nombreux nourrissons dans les départements, lors du recensement de cette même année, ne présente plus que 30.146 enfants de 0 à 1 an. Moins nombreux encore sont les petits enfants de 1 à 2 ans recensés à Paris, soit 25.147. Ce n'est guère que vers la quatrième année que, de retour chez leurs parents, on constate que les enfants de 3 à 4 ans s'élèvent au nombre plus grand de 32.635. Mais à partir de la quinzième année, par suite de l'arrivée de nombreux provinciaux et étrangers, la population de Paris ne cesse de s'accroître rapidement jusqu'à l'âge de 30 ans, pour décroître alors de cet âge à la fin de la vie.

Pour 1.000 adultes de 20 à 60 ans, ainsi que l'a montré M. Jacques Bertillon, alors qu'en 1886, en France, il y avait 677 enfants et adolescents de moins de 20 ans et 232 vieillards de plus de 60, à Paris, les enfants et adolescents de moins de 20 ans sont au nombre de 656.525, les vieillards au-dessus de 60 ans, au nombre de 197.100 et les adultes de 20 à 60 ans, au nombre de 1.571.080. Donc pour 1.000 adultes de 20 à 60 ans, il y a 417 enfants et adolescents et 157 vieillards.

A Paris, le sexe féminin prédomine notablement sur le sexe masculin, soit 1.259.129 du premier, pour 1.165.576 du second. La femme, dont le développement est plus rapide que celui de l'homme, semble y venir plus jeune. Alors qu'en 1891, il y avait 97.368 garçons et 98.650 filles de 15 à 19 ans, on recensait 98,004 hommes et 132.980 femmes de 20 à 24 ans. A ce dernier âge, il y avait donc 34.976 femmes de plus que d'hommes.

Outre les 515.949 filles de moins de 15 ans et garçons de moins de 18, la population parisienne, au-dessus de ces âges, se compose de 717.198 célibataires, 970.715 mariés, 210.423 veufs (dont 158.538 veuves) et 10.425 divorcés. Ainsi donc, dans notre population parisienne adulte, les célibataires veufs et divorcés sont presque aussi nombreux que les mariés, soit 938.046 célibataires, veufs et divorcés pour 970.715 mariés. A chaque âge et surtout avant 24 ans pour les gar-

çons, M. J. Bertillon montre que, sur 1.000 habitants adultes de 15 et 20 ans à 60 ans, la proportion des mariés est beaucoup moindre à Paris que dans la France en général. Sur 1.000 adultes de l'un ou de l'autre sexe, il n'y avait en 1886 que 570 mariés et 566 mariées, alors qu'en France il y en avait 609,5 et 640, soit 1/14 et 1/7 de plus.

Lors du dénombrement de 1886, sur 100 habitants, en France, on trouva 60,5 natifs de la commune qu'ils habitaient, 23,5 nés dans une autre commune du même département, soit 84 natifs de ce département, et 16 nés en dehors. Dans le département de la Seine, on ne compte que 32,7 natifs de la commune, 7,9 d'une autre commune du département, soit 40,6 nés dans ce département et 59,4 immigrés d'autres départements ou de l'étranger. A Paris, il n'y a que 56,1 natifs de la commune, 3,2 d'autres communes du département, soit 39,3 natifs du département de la Seine, et 60,7 venus d'autres départements ou de l'étranger. Donc, à Paris, il n'y a guère qu'un tiers de natifs et deux tiers d'immigrés. Il en est à peu près de même pour tout le département de la Seine.

En 1891, sur 2.424.705 habitants, il y avait à Paris 180.962 étrangers.

En 1891, dans la France entière, les habitants recensés sont au nombre de 38,343.192. Durant les dix années ayant précédé ce recensement, de 1881 à 1890, il y eut 9.086.331 naissances, soit en moyenne annuellement 908.633 naissances. Donc le rapport des naissances à l'ensemble des habitants est, en France, en moyenne, de 23,69 naissances sur 1.000 habitants.

En 1891, à Paris, les habitants recensés sont au nombre de 2.424.705. Durant les treize années écoulées de 1879 à 1891, il y eut 788.854 naissances, soit en moyenne annuellement 60.681 naissances. Donc le rapport des naissances à l'ensemble des habitants de Paris est en moyenne de 25,02 naissances sur 1.000 habitants, soit notablement plus élevé que celui trouvé pour l'ensemble de la France. Il ne faudrait cependant nullement inférer que la fécondité des Parisiens est plus grande que celle des Français en général.

La natalité parisienne ne paraît supérieure que parce que, ainsi qu'il a été vu précédemment, la proportion d'adultes,

seuls en âge de procréer, est beaucoup plus grande à Paris que dans l'ensemble de la France. Pour apprécier exactement cette natalité relative, il importe donc de rapporter les naissances, non à tous les habitants, mais uniquement aux adultes de 15 à 60 ans. Or, d'une part, en France, les adultes de 15 à 60 ans, recensés en 1886, étaient au nombre de 23.077.527, la moyenne annuelle des naissances de 1881 à 1890 étant de 908.633 naissances. La proportion des naissances aux adultes, aptes à la procréation, aurait donc été de 39,37 naissances pour 1.000 adultes, ou 1 naissance pour 25,40 adultes de 15 à 60 ans. D'autre part, à Paris, les adultes de 15 à 60 ans, recensés en 1891, sont au nombre de 1.760.455, les naissances annuelles de 1879 à 1891 ayant été en moyenne de 60.681. La proportion des naissances aux adultes est donc de 34,39 naissances pour 1.000 de ces adultes, ou 1 naissance annuelle par 29,07 adultes, soit de près d'un huitième inférieur à celle constatée dans la France en général.

Par suite du grand nombre de célibataires et de la faible fécondité des mariages, il n'y aurait donc à Paris, chaque année, que 1 naissance pour 29,07 adultes en âge de procréer, ou 1 naissance pour 29,07 années d'existence d'un adulte procréateur.

Les naissances, considérées au point de vue légal, se montrent en proportion très différentes dans la France et dans la ville de Paris. En 1890, tandis que, dans la France, sur 100 naissances il y en a 8,5 d'illégitimes pour 91,5 de légitimes, dans le département de la Seine, il y 24,7 naissances illégitimes pour 75,3 légitimes. En 1891, dans la ville de Paris, sur 61.045 naissances totales, on compte 16.842 naissances illégitimes pour 44.203 légitimes. Il y a donc 27,58 illégitimes pour 72,42 légitimes. Plus d'un quart des enfants naissent hors mariage.

Dans la France entière, en 1890, pour 269.332 mariages, on compte 766,973 naissances légitimes, soit 2,84 naissances par mariage. Mais à Paris, en 1891, pour 22.852 mariages, il n'y a que 44.203 naissances légitimes, soit 1,93 naissances légitimes, moins de deux par mariage.

Tandis qu'au dénombrement de 1886, sur 100 familles, il y en avait en France 20,0 n'ayant pas ou n'ayant plus d'enfants vivants, soit un cinquième des familles : à Paris, la

proportion des familles sans enfants vivants s'élevait à 32,3 et pour le département de la Seine à 32,8. Donc, près d'un tiers des familles de notre départementent n'ont pas eu d'enfants ou les ont perdus.

Quant à la mortinatalité, l'auteur, d'après M. J. Bertillon, l'estime, pour 1891, à 71,73 pour 1.000 nés vivants, soit au quatorzième des naissances. Elle serait donc moindre que dans certaines autres villes françaises, à Besançon, par exemple, où, de 1885 à 1889, elle a été de 88,12 sur 1.000, et Saint-Étienne, où elle atteindrait le chiffre de 97,4 sur 1.000.

Reste la question de la validité de ces jeunes Parisiens, dont le nombre est si restreint : la qualité vient-elle compenser la quantité ? Il n'y a qu'un moyen de répondre à cette question, c'est de consulter les documents recueillis lors des opérations du recrutement de l'armée. Or, tandis que, de 1883 à 1887, le nombre des exemptés pour toute la France était de 122,6 sur 1.000, à Paris cette proportion montait à 130,1. Il faut cependant remarquer que les jeunes gens du département de la Seine semblent moins mal partagés que ceux de certaines circonscriptions industrielles et manufacturières, comme Lyon (144,2 exemptés sur 1.000) et Rouen (213 sur 1.000 dans les circonscription Nord).

VARIÉTÉS

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Des erreurs et des oublis nous étant signalés dans les nominations relatives à la Faculté de médecine, insérées dans le dernier numéro du *Lyon Médical*, d'après un résumé télégraphique publié par un journal de Lyon, nous donnons la liste intégrale de ces nominations, empruntée au bulletin du ministère de l'instruction publique.

Sont nommés pour l'année scolaire 1893-1894 à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

1° *Chefs de travaux de laboratoire.*

MM. Mondan et Dor (clinique chirurgicale) ; Roux, agrégé, Métroz et Bret (clinique médicale) ; ce dernier a le titre de chef de clinique médicale et remplit en cette qualité les fonctions de chef des travaux de clinique médicale ; Didelot, agrégé (physique) ; Vialleton, agrégé (anatomie et histologie) ; Déroide, agrégé (pharmacie) ; Coutagne (médecine légale) ; Bouveault (chimie organique et toxicologie) ; Bard, agrégé (anatomie pathologique) ; Doyon (physiologie) ; Rodet, agrégé (médecine expérimen-

tale et comparée); Barral (chimie minérale et pharmaceutique); Beauvisage. agrégé (matière médicale et thérapeutique); Rochet, agrégé (médecine opératoire); Frenkel (clinique ophtalmologique).

2° *Préparateurs de laboratoire.*

MM. Lacroix (anatomie générale et histologie; Nicolas (clinique des maladies cutanées et syphilitiques); Nicolle (clinique médicale); Paviot (anatomie pathologique); Briau (physiologie); Courmont, agrégé (médecine expérimentale et comparée); ce dernier est autorisé à prendre le titre de chef des travaux adjoint; Maître (chimie minérale); Albertin (médecine opératoire); Meschinet de Richmont (physique); Bressand (pharmacie); Martin (médecine légale); Salvat (Pax) (matière médicale et botanique); Tuja (anatomie); Collet (pathologie générale), aide-préparateur.

3° *Moniteurs.*

MM. Pittion, Tournier (clinique médicale); Adenot, Chantre (clinique chirurgicale); Rossigneux (clinique ophtalmologique); Fabre (clinique obstétricale); Régaud (travaux pratiques d'anatomie générale).

Réunion annuelle des anciens internes des hôpitaux. — Lundi 9 octobre, un nombre plus considérable que jamais d'anciens internes (179) se sont réunis à l'Hôtel Continental dans un banquet présidé par M. le prof. Ollier.

Inutile d'insister sur l'entrain et la bonne humeur dont faisaient part de vieux camarades, venus quelques-uns de fort loin, et tous heureux d'évoquer entre eux les souvenirs d'autrefois.

Une aphonie survenue mal à propos n'a malheureusement pas permis à M. Ollier de porter les toasts traditionnels et de rappeler la mémoire des chers disparus. Il a confié cette tâche à M. le prof. Bondet qui s'en est fort heureusement acquitté. A la faveur de cette circonstance, l'orateur a pu, dans une improvisation fort applaudie, déclarer combien l'Internat de Lyon est heureux d'avoir à sa tête un homme aussi estimé et aussi honoré que son Président.

Le Bureau pour l'année 1894 est ainsi composé :

Président d'honneur	M. Antoine Lacour.
Président..................	M. Ollier.
Secrétaire..................	M. Lyonnet.
Trésorier..................	M. Chatin.
Assesseurs................	MM. Chauvet et Goullioud.

Statistique vitale de Lyon pendant le mois de juillet 1893
(Population : 438,077 habitants.)

Mariages ...	266 (avec contrat, 70; sans contrat, 196); divorces, 15.
Naissances..	660 (m. 332; f. 328); — mort-nés, 47.
Décès.......	792 (m. 395, f. 397).

Sur ces 792 décès il y en a eu 60 par maladies infectieuses ainsi répartis : fièvre typhoïde 10, rougeole 9, scarlatine 3, variole 0, érysipèle 7, diphtérie-croup 20, coqueluche 3, infection puerpérale 1, cholérine, 7.

Les admissions a l'hôtel-dieu. — Le journal l'*Écho du Rhône*, dans son numéro du 11 octobre, affirme et se dit en mesure de prouver que certaines personnes vendent des billets d'admission à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous laisserions volontiers face à face le journal et les *marchands*, qu'il se propose de désigner bientôt plus clairement : mais dans le récit du fait qu'il apporte à l'appui de son assertion, il est dit qu'un interne (l'interne de porte sans doute) donna à une pauvre malade l'adresse de celui qui, moyennant finances, lui ouvrirait les portes de l'hôpital. Et le vague de la rédaction pourrait faire supposer que l'interne, en cette circonstance fût un intermédiaire intéressé.

Eh bien ! sans savoir si les internes jugeront une explication nécessaire, nous protestons, nous, sans mandat mais sans hésitation contre un tel soupçon. Notre internat tout entier maintient pures les traditions d'honneur et de délicatesse qui sont de fondation dans ce corps d'élite. S'il ne peut se garantir de certaines éclaboussures, il n'en fait pas, lui.

Concours de l'internat. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, commencé le 9 octobre, s'est terminé par la nomination de MM. Courmont, Gayet, Gourdiat (Charles), Tixier, Frarier, Cibert, Chirat, Delore (Claude), Delore (Paul), Grivet, Duplant, Vauthey.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 octobre 1893.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 20 octobre, à quatre heures.

Distinction honorifique. — M. le docteur Rondet, médecin des épidémies du canton de Neuville, vient de recevoir du ministère de l'Intérieur une médaille d'argent pour reconnaître le zèle et le dévouement dont il a fait preuve dans son service et notamment dans l'épidémie de diphtérie qui a sévi à Neuville l'année dernière. Les divers mémoires de M. Rondet ont été publiés dans le *Lyon médical* ; nos lecteurs ont pu en apprécier la valeur et l'intérêt.

Concours. — Le 4 décembre 1893, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, aura lieu un concours pour la nomination de trois élèves internes.

Les épreuves du concours sont au nombre de cinq :

1° Préparation anatomique ;

2° Épreuve orale sur une question d'anatomie et de physiologie ;

3° Épreuve écrite sur une question de pathologie médicale et sur une question de pathologie chirurgicale ;

4° Rédaction de deux observations, l'une de médecine et l'autre de chirurgie ;

5° Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, accouchements et syphilis.

— Le 18 décembre aura lieu, également à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un autre concours pour 20 places d'élèves externes.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Une épreuve orale sur une question d'anatomie (ostéologie et myologie);

2° Une épreuve écrite sur une question de pathologie chirurgicale élémentaire ;

3° Bandages et petite chirurgie.

Les postes médicaux. — Le docteur Beaurioux, dans un récent article de la *Gazette des hôpitaux*, met en garde nos jeunes confrères contre les affiches alléchantes qui annoncent comme vacantes des clientèles fort rémunératrices. Très souvent il s'agit d'un village qui n'a pas de médecin et en voudrait avoir un sans se demander s'il aura de quoi vivre par l'exercice de sa profession. C'est aussi parfois une municipalité qui, par haine politique ou autre, cherche à faire tort aux médecins ou même au seul médecin qui existent déjà dans la localité. L'auteur appuie son assertion d'exemples fort probants et termine en conseillant aux jeunes médecins de s'adresser en pareils cas aux présidents ou aux secrétaires des sociétés médicales voisines. (*Union médicale.*)

Maison de tolérance et morale publique. — Sous ce titre, le docteur Pioux publie, dans le *Journal de médecine de Paris,* un article de nature à intéresser les médecins. Les maisons de tolérance sont des écoles de tribadisme. La sodomie est la pratique courantes des femmes, surtout dans les maisons de première catégorie. La tenancière possède l'arsenal complet de tortures sexuelles que le plus sodomique de ses client peut lui réclamer. Elle n'a pas seulement tout l'appareil du vieux jeu, martinets à lanières de cuir parfumé, cordons de soie pour ligature, petits bouquets d'ortie et autres disciplines amoureuses démodées, elle a suivi les progrès de la sciences et elle sait intelligemment y faire appel; elle possède la pompe à ventouse du docteur Mondat et applique comme un spécialiste les appareils à électrisation localisée. La pharmacie de la tenancière comprend des substances érotiquement toxiques : la teinture de phosphore, la teinture de cantharides.

Un remède populaire contre la malaria. — Nous trouvons la formule de ce remède dans un article de la *Revue des Deux-Mondes* sur la campagne de Rome : « Prenez un citron frais, coupez-le en tranches minces, en conservant l'écorce, et mettez-le bouillir dans trois verres d'eau, dans une marmite de terre, mais une marmite qui n'ait jamais servi à aucun autre usage. Quand le liquide sera réduit des deux tiers, passez-le à travers un linge, pressez le résidu, et laissez refroidir une nuit entière. La science n'explique pas comment la liqueur a besoin d'une nuit complète de repos pour devenir souverainement active. Mais elle le constate après les générations d'ignorants qui lui ont livré le secret. Les fièvres les plus rebelles sont souvent vaincues par ce consommé de citron, dont à défaut de l'autre, les plus pauvres ne manqueront jamais en pays italien. »

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Octobre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap.	
1	744	12 s	739	8 m	+16.2	2 s	+11.3	8 m	95	84	6.6	1.0	22
2	745	12 m	740	12 s	+19.2	1 s	+ 9.6	0 m	100	44	4.4	0.5	17
3	742	11 m	736	11 s	+19.0	11 m	+11.2	0 m	90	52	4.7	2.0	26
4	738	12 m	736	3 m	+20.2	1 s	+10.5	3 m	95	72	2.5	1.9	12
5	740	12 s	737	3 m	+ »	»	+14.8	7 m	95	38	5.2	2.0	20
6	743	10 s	740	0 m	+24.6	12 m	+ »	»	65	52	2.9	2.9	19
7	745	11 s	741	4 s	+22.6	2 s	+18.6	7 m	90	58	0.0	4.9	17

Maladies régnantes. — En dépit de l'adage populaire, la saison d'automne, à Lyon du moins, est favorable à l'état de la santé publique; c'est la saison dont les coefficients mortuaires hebdomadaires sont les plus faibles.

Il a été enregistré pendant la deuxième semaine d'automne, correspondant à la 40e de l'année, 133 décès, au lieu de 141 pour la période correspondante de 1892. Ce chiffre donne un taux mortuaire annuel de 15,8 par 1.000 habitants.

Les maladies infectieuses, les fièvres éruptives surtout, sont très rares. Des cas isolés de diphtérie et de septicémie puerpérale.

La fièvre typhoïde est relativement fréquente, sans dépasser la moyenne habituellement observée à cette époque de l'année.

Les maladies aiguës des bronches et du poumon ne sont guère plus nombreuses que pendant l'été. Manifestations rhumatismales assez fréquentes. Quelques méningites; peu de décès imputables aux maladies cérébrales.

Le contingent mortuaire reste assez élevé pour les maladies chroniques des organes thoraciques et les affections cachectiques.

Sur les 133 décès hebdomadaires (84 en ville, 49 dans les hôpitaux civils), 11 ont été constatés chez des enfants âgés de moins d'un an et 28 chez des vieillards ayant plus de 70 ans.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 7 octobre 1893, on a constaté 133 décès :

Fièvre typhoïde....	4	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	11
Variole..........	0	Broncho-pneumonie	3	— des reins....	2
Rougeole..........	0	Pneumonie........	4	— cancéreuses.	13
Scarlatine........	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	13
Erysipèle.........	1	Phthisie pulmon...	18	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	1	Autres tuberculoses.	0	Causes accidentelles	2
Coqueluche........	0	Méningite aiguë...	4	Aut. causes de décès	22
Affect. puerpérales	1	Mal. cérébro-spinales	11	———	
Dysenterie........	2	Diarrhée infantile..	7	Naissances.......	174
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés........	13
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	2	Décès...........	133

Le Président du Comité de rédaction, **H. MOLLIÈRE.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

NOTE A PROPOS DE LA PARALYSIE TRAUMATIQUE PAR COMPRESSION DU PLEXUS SACRÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT;

Par le docteur ADENOT, ancien prosecteur.

Depuis la thèse de M. Bianchi : *Sur les paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées* », les observations publiées depuis ont pleinement confirmé les conclusions du médecin lyonnais. Ces paralysies traumatiques, n'en restent pas moins une complication exceptionnelle de l'accouchement. Elles se distinguent, par conséquent, des autres paralysies puerpérales, non seulement par leurs causes, mais encore par cette rareté. Les hémiplégies, les paraplégies, les paralysies faciales, etc., provoquées le plus souvent par un état général grave (albuminurie, etc.), forment, en effet, contrairement aux précédentes, un groupe de paralysies incontestablement plus fréquentes. Certains auteurs, et Churchill en particulier, refufusent même toute action à la compression par la tête fœtale sur le plexus de l'excavation et expliquent toutes les paralysies par un état général; ces auteurs fondent leur opinion sur cette rareté des paralysies imputables à la compression, comparée à la fréquence des accouchements laborieux, et sur la fréquence des paralysies des autres parties du corps.

Bien que rares, les paralysies d'ordre traumatique consécutives aux accouchements laborieux sont admises aujourd'hui. Bianchi (1), dans son travail devenu classique, remarque « que ces paralysies rares surviennent ordinairement après un accouchement laborieux et prolongé, dans lequel le fœtus s'est présenté par le sommet, et qu'on a dû terminer par l'application du forceps. Ces paralysies sont presque toujours unilatérales et limitées à la sphère du nerf sciatique. Elles sont incomplètes, temporaires ou persistantes et peuvent se compliquer de l'atrophie des muscles intéressés ».

(1) Thèse de Paris, 1867.

La compression exercée sur le plexus sacré pendant l'accouchement une fois admise, les auteurs se divisent encore sur la question de l'agent de la compression : le forceps ou la tête fœtale. Bianchi, très éclectique, tend cependant à accuser surtout le forceps, attendu qu'il n'a rencontré que des cas dans lesquels il s'agissait d'accouchements laborieux terminés par le forceps ; mais il cite une observation d'après laquelle la femme ressentit un engourdissement dans la jambe quatre heures avant qu'il fit usage du forceps ; on ne peut donc accuser cet instrument d'avoir occasionné la paralysie dont ce même membre fut affecté.

Léon Tripier, dans son article du *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Nerfs, rappelle à ce propos l'opinion de Burns et de Jaccoud (Livre *Des paralysies*) qui soutiennent qu'on peut voir ces accidents survenir après les accouchements les plus naturels.

Keating, cité par Weir-Mitchell partage cette opinion. Ce sont là, ajoute L. Tripier, des exceptions ; comme l'ont fait observer ces auteurs, les principaux nerfs contenus dans l'excavation pelvienne sont disposés de telle sorte que l'on comprend, jusqu'à un certain point, pourquoi ils sont si rarement atteints par la tête fœtale dans les condltions ordinaires. En effet, le nerf crural est protégé par les muscles psoas et iliaque et l'angle sacro-vertébral écarte la tête des gouttières latérales qui logent les nerfs sciatiques. Quant aux nerfs sacrés, ils sont placés en arrière ; or, l'effort de la tête porte surtout en avant contre la symphyse pubienne.

Weir-Mitchell insiste avec raison sur l'épaisseur des gaines dont sont pourvus les nerfs en question, de sorte qu'ils peuvent être comprimés, même fortement, sans qu'il en résulte pour cela de désordres graves. Les recherches que Léon Tripier a entreprises avec M. Arloing sur la ligature des nerfs prouvent, en effet, que la force employée et le fil constricteur restant les mêmes, les résultats varient surtout avec le volume du nerf et l'épaisseur de la gaine. M. Tripier n'en conclut pas moins que les lésions sont généralement causées par les manœuvres faites avec le forceps.

Le docteur Laville (de Gaillac) (1) recherche ailleurs que

(1) *Annales de gynécologie*, septembre 1879.

dans les manœuvres faites avec le forceps la cause de la paralysie. Pour lui, cette dernière tient à la position suivant laquelle la tête a parcouru le canal pelvien.

« Au détroit supérieur, et dans l'immense majorité des cas, le diamètre sous-occipito-bregmatique correspondant à l'un des diamètres obliques du bassin, l'engagement s'effectue suivant cette position. La tête ne tarde pas à exécuter un mouvement de rotation par lequel l'occiput est le plus souvent ramené en avant derrière le pubis, quelquefois en arrière, dans la concavité du sacrum. L'une de ces deux positions étant acquises, les plexus seront protégés par les saillies, légères, mais suffisantes, que présente le sacrum dans les points de soudure avec les vertèbres sacrées. Mais que la tête parcoure le canal pelvien sans exécuter son mouvement de rotation interne (ainsi qu'il est arrivé dans le cas qui fait l'objet de l'observation du Dr Laville), pendant tout le temps de descente, et ce temps est quelquefois fort long, la tête sera en rapport avec l'une des gouttières latérales du sacrum; les nerfs, qui constituent la portion la plus importante des tissus qu'elles logent, seront susceptibles d'être comprimés pendant un assez long temps, et assez énergiquement pour que leurs fonctions soient abolies d'une façon passagère ou durable, suivant le degré de pression subi par ces organes.

Telle est la cause à laquelle je ne doute pas que la paralysie des membres inférieurs, paralysie survenant pendant le travail, ne soit généralement attribuable. » Ce qui constitue la rareté des paralysies de ce genre, c'est la rareté même du défaut de rotation interne, la tête ayant les dimensions ordinaires et s'appuyant dans un bassin normal. Défaut de rotation interne, telle est la théorie du docteur Laville.

On ne s'est pas borné à discuter l'agent de la compression et l'on s'est demandé quel était le nerf comprimé.

M. Lefèvre (1) et M. Vinay (2) cherchent à démontrer que la lésion est non seulement unilatérale, mais encore qu'elle doit être attribuée à la compression du nerf lombo-sacré au

(1) Thèse de Paris, 1876. *Paralysie puerpérale traumatique des membres inférieurs.*

(2) *Revue de médecine*, 1887.



moment où ce nerf contourne en arrière la saillie du détroit supérieur pour pénétrer dans l'excavation pelvienne. Lefèvre s'appuie plus spécialement pour soutenir cette opinion sur les phénomènes douloureux ressentis dans la sphère du nerf fessier supérieur (qui provient du lombo-sacré), et le séjour généralement prolongé de la tête au détroit pelvien.

M. Vinay, avec plus de précision encore, « ne base pas son opinion sur la seule présence des troubles sensitifs dans la sphère du fessier supérieur, mais bien sur la coïncidence d'une double paralysie, celle des muscles innervés par le sciatique poplité externe et celle de certains muscles (tenseur fascia lata, fessier moyen et fessier inférieur), animés par le nerf fessier supérieur gênant considérablement la rotation de la cuisse en dedans. Pour M. Vinay les paralysies traumatiques puerpérales sont des paralysies radiculaires, et ajoute cet auteur, il ne faut pas oublier que dès leur issue de la moelle, les filets nerveux ont une existence distincte ; il sont spécialisés, et il en résulte dans les lésions qui les atteignent un ensemble de symptômes bien spéciaux.

Certainement quelques observations, et en particulier celle publiée par M. Vinay, ont permis à leur auteur d'apporter une grande rigueur dans le diagnostic des branches nerveuses comprimées par la tète fœtale ou par le forceps. Mais le nerf lombo-sacré ne fournit pas seulement au nerf fessier supérieur et au sciatique poplité externe, il envoie aussi des filets radiculaires au nerf sciatique poplité interne (Lefèvre le reconnaît lui-même), c'est-à-dire aux nerfs des muscles postérieurs de la jambe, par conséquent des troubles musculaires étendus dans le domaine de ces derniers, comme en est un exemple le fait que nous rapportons plus loin, sont d'accord avec l'anatomie la plus rigoureuse. Nous pensons donc que Lefèvre est trop exclusif dans sa théorie et que le sciatique poplité externe n'est pas exclusivement atteint. Par contre, ces restrictions faites, les troubles paralytiques développés aussi dans le domaine du sciatique poplité interne, seraient en faveur de la théorie soutenue par Lefèvre et Vinay, à savoir que la compression s'effectue sur le nerf lombo-sacré qui fournit aux deux branches de division du sciatique.

Les conclusions du docteur Bianchi nous plaisent d'ailleurs davantage.

« Ces paralysies, dit-il, sont presque toujours unilatérales et limitées à la sphère du nerf sciatique. » Les observations publiées dans sa thèse sans rien préjuger signalent simplement dans quelques cas une prédominance du côté du sciatique poplité externe.

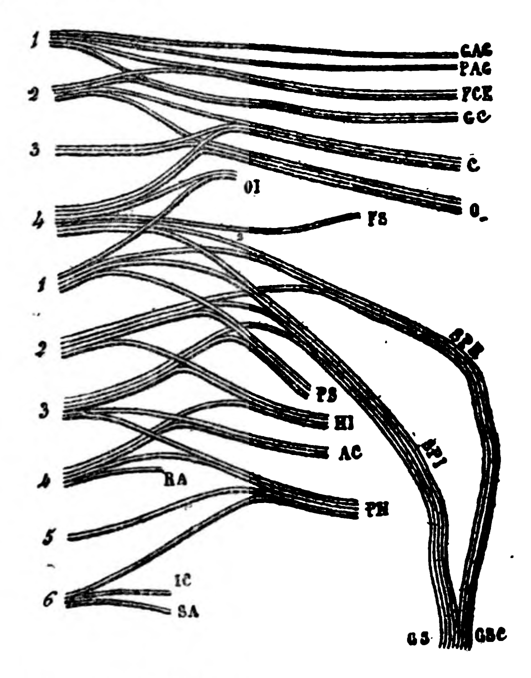


Schéma des principales branches nerveuses fournies par les paires lombaires et sacrées. (D'après Féré.)

1, 2, 3, (4-5), 1, 2, 3, 4, 5, 6. Les cinq paires lombaire et les cinq paires sacrées. On a réuni à la quatrième lombaire la cinquième qui fournit exclusivement au lombo-sacré, *1, 2*, pour montrer qu'il est impossible de dissocier ce nerf jusqu'à ses origines. (Féré, *Anat. du sept. nerveux.*)

Il est prudent de ne pas chercher à préciser d'une façon trop absolue les branches nerveuses d'un plexus qui ont pu être comprimées dans de telles conditions. C'est ainsi, dit Féré dans son *Traité de l'anatomie du système nerveux*, que Lefèvre (1876) a cherché à expliquer par la compression du nerf lombo-sacré certaines paralysies partielles du membre inférieur, se produisant principalement à la suite d'ac-

couchements laborieux et siégeant de préférence dans le domaine du sciatique poplité externe. Cette hypothèse avait pour elle cette circonstance que dans cette paralysie qu'on aurait pu considérer comme une paralysie radiculaire du membre inférieur, le nerf fessier supérieur qui est fourni par le lombo-sacré est presque toujours atteint; mais il restait à démontrer que le sciatique poplité externe provenait du lombo-sacré exclusivement et que le lombo-sacré ne fournissait pas à d'autres nerfs du membre pelvien. De nouvelles dissections lui ont montré (Féré, *Note sur un point de l'anatomie du nerf sciatique*, Bull. Soc. an., p. 110, 1879), qu'il n'en est pas ainsi, mais que le lombo-sacré concourt aussi à la formation du sciatique poplité interne, et que le sciatique poplité externe reçoit en outre de la 1re et de la 2e paire sacrées.

A la suite de dissections minutieuses portant sur 19 nouveau-nés il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° le sciatique poplité externe ne provient pas uniquement du nerf lombo-sacré ; 2° non seulement le lombo-sacré, mais aussi la partie de la quatrième paire lombaire, qui va au plexus sacré, ne fournissent pas seulement au sciatique poplité externe, mais se partagent à peu près également entre les deux branches principales du nerf sciatique; 3° même en admettant la possibilité de la compression isolée du lombo-sacré au détroit supérieur, la localisation exclusive de la paralysie au sciatique poplité externe, reste inexpliquée.

Féré a choisi des nouveau-nés pour ces recherches parce qu'il est très facile chez eux d'isoler les faisceaux nerveux. En commençant par la partie inférieure on peut séparer sans peine les deux branches du nerf sciatique jusqu'au plexus et démêler leurs origines.

Voici d'autre part notre observation :

Mme L. R..., âgée de 39 ans, rentière, habitant Lyon. Mariée depuis un an et demi. Primipare. Antécédents héréditaires et personnels sans importance. Embonpoint très marqué. Pas de malformation du côté du squelette ou des articulations. Le diamètre promonto-sous-pubien me paraît légèrement diminué (11 1/2).

Accouchement le 5 juin 1892. Début des douleurs dans la nuit ; elles sont très violentes à huit heures du matin. Col

effacé et dilaté à cinq francs. La tête en OIGA me paraît au toucher volumineuse et les os très durs.

A neuf heures, les douleurs sont excessives et s'accompagnent de crampes très douloureuses dans le membre inférieur gauche. Ces crampes, par leur violence, deviennent une véritable complication.

Dilatation complète à trois heures du soir, la poche est intacte. Les contractions et les douleurs n'ont pas cessé d'être extrêmement violentes. A ce moment elles deviennent moins fréquentes et faiblissent brusquement. La malade est épuisée. Je romps la poche et fais une application de forceps au détroit supérieur après anesthésie au chloroforme. Application suivant le diamètre oblique droit. L'écartement des manches du forceps paraît exagéré.

Tractions avec les lacs. L'enfant ne souffre pas, les battements du cœur sont satisfaisants. J'amène un garçon vivant vigoureux.

Hémorrhagie utérine légère. Après trois quarts d'heure, le placenta n'est pas décollé, les douleurs sont faibles, irrégulières, l'utérus se ramollit et une hémorrhagie qui se produit augmente rapidement dans des proportions inquiétantes. Le placenta est décollé avec la main par M. le docteur Conche. Soins antiseptiques. Suites très simples du côté de l'utérus.

L'enfant pèse 3 kil. 250. Circonférence sous-occipito-bregmatique, 31 cent. ; circonférence occipito-frontale, 36 cent.

Ces mensurations ont été prises immédiatement après l'extraction. Le chevauchement des pariétaux est très marqué, mais les os sont remarquables par leur épaisseur et leur dureté. Le bras gauche de l'enfant est resté pendant huit jours paralysé, sans fracture, ni décollement épiphysaire.

Le soir et le lendemain de l'accouchement, la mère souffre encore de douleurs sourdes dans la jambe gauche, mais les trouve très supportables en comparaison des crampes précédentes. Mon attention ne fut pas attirée à ce moment par un état parétique partiel du membre inférieur.

Ce n'est que plusieurs jours après qu'elle se plaignit de la persistance de douleurs du côté du mollet et de la cuisse antéro-externe des muscles de la jambe.

Les mouvements du pied sont possibles, mais l'énergie des

mouvements de flexion et d'extension est très sensiblement diminuée par comparaison avec le pied droit.

L'examen de la sensibilité ne fournit aucune indication précise. Il n'existait d'ailleurs pas la moindre trace d'œdème du membre. L'état des vaisseaux fut examiné avec un grand soin, et nous pouvons écarter absolument l'idée d'un début de phlébite en quelque point que ce fût du trajet de ces vaisseaux.

Pas d'albumine dans les urines.

19 juin. L'état général continuant à être excellent, j'autorise la malade à se lever. Mais à ce moment elle constate l'impotence absolue de la jambe gauche qui fléchit et fuit sous elle sans force et inerte. La jambe droite, au contraire, lui permet de se soutenir et de remonter dans son lit.

Lorsque nous vîmes la malade, nous constatâmes une impotence fonctionnelle très marquée des muscles de la face postérieure de la jambe, avec un état tout particulier de flaccidité du côté du mollet.

En même temps existait une atrophie très nette du membre qui, pour des raisons accessoires, nous n'avons pu alors mesurer exactement.

29 juin. La malade, qui cherche à se lever, se plaint toujours de la faiblesse extrême de la jambe gauche qui ne fonctionne pas convenablement et ne lui permet pas de marcher. Elle plie, dit-elle, au moindre effort.

15 juillet. La faiblesse de la jambe gauche persiste. Atrophie de 2 centimètres mesurée au niveau du mollet et du tiers inférieur de la cuisse. Les muscles des régions postérieures et latérales se contractent bien par les courants faradiques.

La marche, toujours difficile, ne provoque aucune trace d'œdème du membre.

Septembre. Après un séjour à la campagne et un traitement local excitant (frictions, massage), la malade revient à Lyon très améliorée ; l'atrophie a diminué, mais il existe encore une petite différence d'un demi-centimètre avec le côté droit. La jambe et le pied ont recouvré leur force progressivement.

Dans cette observation nous n'avons pas constaté la paralysie complète et systématisée du nerf sciatique poplité

externe comme elle a été notée plusieurs fois à la suite de traumatisme pendant l'accouchement ; il ne s'est produit en réalité qu'un état parétique assez marqué, aussi bien des muscles postérieurs que des muscles latéraux de la jambe, suivi d'une atrophie très nette de la région et accompagné de quelques troubles sensitifs. Ces troubles fonctionnels et trophiques résultaient certainement de compression du plexus sacré pendant l'accouchement, compressions qui se traduisaient alors par les douleurs et les crampes atroces dans la jambe gauche bien avant notre application du forceps et qui ont abouti à une névrite légère dans le domaine des deux sciatiques poplités à la jambe gauche.

La compression exercée ne l'était sans doute pas par le forceps qui fut placé sans difficultés et sans efforts. La dureté des os du crâne et un détroit légèrement rétréci seraient plutôt incriminables. Comme causes accessoires, nous retrouvons aussi quelques-unes de celles signalées dans bien des observations antérieures (âge relativement avancé de la femme, primiparité, hémorrhagie de la délivrance, etc.).

Que l'agent de la compression ait été la tête fœtale ou le forceps, il est nécessaire de compter avec les recherches et l'opinion de Féré, si compétent dans la question des origines radiculaires des plexus nerveux ; et d'autre part la participation d'une paralysie dans le domaine du sciatique poplité interne ne devra pas faire rejeter la compression possible sur le même tronc lombo-sacré qui fournit à ce dernier.

En résumé, comme cause des paralysies traumatiques chez les nouvelles accouchées, on a accusé successivement le forceps et la tête fœtale. La compression paraît s'effectuer principalement (sans que cela soit prouvé) sur le nerf lombo-sacré ; cette localisation de la compression est démontrée non pas par des paralysies exclusives dans le domaine du nerf sciatique poplité externe, ce qui est contraire à la constitution anatomique du nerf lombo-sacré, mais par des paralysies possibles également dans le domaine du sciatique poplité interne, avec prédominance plus marquée, il est vrai, du côté du sciatique poplité externe ; mais jusqu'à présent la prédominance des lésions du côté de ce nerf reste inexpliquée.

NOUVELLE INDICATION DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE, SON APPLICATION AUX RÉTRÉCISSEMENTS URÉTHRAUX;

Par le docteur Étienne ROLLET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'empoisonnement urinaire dans l'hypertrophie de la prostate est une des indications de la cystostomie sus-pubienne. M. le professeur Poncet (1) a établi ce principe en se fondant sur un grand nombre d'observations. Nous avons relaté, nous-même, trois cas d'accidents urinaires graves survenus chez des prostatiques qui ont dû la guérison à cette opération (2). Quand il n'y a pas de lésions rénales, ou qu'elles ne sont pas assez avancées pour altérer le fonctionnement normal du rein, l'incision de la vessie au bistouri agit alors comme l'ouverture d'un abcès. Aux souffrances causées par les mictions répétées et les besoins fréquents d'uriner succèdent de longs repos, un grand calme, et les phénomènes généraux d'infection, fièvre, etc., disparaissent rapidement, si l'on intervient à temps.

Il nous a semblé rationnel d'intervenir de la même façon dans un cas de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, où nous fîmes dans la même séance une cystostomie sus-pubienne et une uréthrotomie externe.

Ce fut le mauvais état général du malade, l'intensité des phénomènes infectieux, qui nous détermina à pratiquer ces deux opérations, nous rappelant, à ce moment, avoir vu succomber des malades à l'empoisonnement urineux malgré le débridement du canal et la sonde à demeure. Chez notre rétréci, l'intoxication urineuse avait son point de départ et son siège dans la muqueuse vésicale. Ouvrir temporairement la vessie, c'était s'attaquer à la source de l'infection et débarrasser l'organe de tous les produits toxiques qui s'y accumulaient. Le résultat fut tel que nous l'espérions; aussitôt après cette double intervention, ouvertures vésicale et uréthrale, les accidents cédèrent brusquement. Voici du reste le résumé de cette observation :

OBSERVATION. — F... Constant, journalier, 43 ans, entré le

(1) Voir Bonan, thèse de Lyon, 1892, et Boutan, thèse de Paris, 1893.
(2) Etienne Rollet, *Archives provinciales de chirurgie*, n° 11, 1893.

29 juillet 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 22, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Pas d'autres antécédents personnels qu'un écoulement uréthral à l'âge de 17 ans, il fut du reste peu douloureux et eut une durée d'une dizaine de jours.

Incontinence d'urine diurne et nocturne datant du mois de janvier dernier. Depuis un an environ les mictions étaient plus fréquentes, le jet avait diminué de force, mais jamais le malade n'avait eu de rétention aiguë. A son entrée à l'hôpital, malgré une séance prolongée, on ne peut passer les bougies les plus fines.

1er août. Le malade a de la distension vésicale par rétention, les sondes ne peuvent passer. Teint jaunâtre, anorexie, langue urinaire, frissons, température à 40°,1.

M. Rollet pratique l'uréthrotomie externe sans conducteur et la cystostomie sus-pubienne. On n'essaye pas le cathétérisme rétrograde et l'on place une sonde à demeure qui est introduite par le méat et fixée au périnée. Drainage de la plaie hypogastrique après d'abondantes irrigations vésicales à l'eau boriquée. Les urines contenues dans la vessie sont très troubles et purulentes.

2 août. L'état général est très bon.

5 août. On enlève la sonde hypogastrique.

10 septembre. La fistule sus-pubienne est fermée.

10 octobre. La plaie périnéale est cicatrisée. On passe les Béniqué.

La cystostomie sus-pubienne est une opération des plus simples qui peut être faite rapidement et avec une instrumentation très restreinte (un bistouri, deux écarteurs, une aiguille et des fils); il n'y a pas d'hémorrhagie, sauf dans les cas de tuberculose.

Grâce à l'ouverture vésicale, non seulement on se rend maître de l'infection générale, dont la source est dans la vessie que l'on a débridée et largement désinfectée, mais on met au repos la cavité vésicale en empêchant l'urine d'y séjourner. Les phénomènes de cystite grave et douloureuse disparaissent avec l'opération.

Il ne s'agit pas ici de créer un urèthre sus-pubien contre

nature et faire une cystostomie définitive, mais bien de pratiquer une cystostomie temporaire, une fistule hypogastrique qui tend à se fermer, ce qui arrive souvent chez les prostatiques et malgré le chirurgien. Les indications de cette opération sont donc d'un autre ordre que celles de l'uréthrostomie périnéale de M. Poncet qui crée méthodiquement un méat contre nature au périnée (1).

La cystostomie sus-pubienne que nous proposons dans les cas graves de rétrécissement infranchissable de l'urèthre pourrait avoir plusieurs catégories d'indications :

C'est ainsi que dans les réparations de l'urèthre périnéal, si l'on cherche une réunion immédiate, ou, dans les cas complexes, lorsque les fistules et les lésions sont étendues et que l'on doit pratiquer des débridements et des extirpations multiples, grâce à la dérivation de l'urine septique obtenue par la cystostomie sus-pubienne préliminaire, on pourra assurer et hâter la cicatrisation de la plaie. Quelque soin qu'on y apporte, les lavages vésicaux antiseptiques sont souvent insuffisants ou mal tolérés et l'asepsie de la plaie périnéale reste incomplète (2). En outre, l'opération mettra la plaie périnéale et la cavité vésicale à l'abri de l'infection due souvent à la présence de la sonde à demeure. En somme, cette méthode peut être comparée à la très ingénieuse opération de la cure radicale du cancer rectal imaginée par M. Pollosson (3) qui pratique d'abord un anus artificiel pour détourner le cours des matières et dans la suite enlève le néoplasme à l'abri de toute souillure.

Dans les cas d'infection urineuse à point de départ vésical comme chez notre malade, ainsi que dans les infiltrations d'urine (Lejars) (4), la vie est en danger, alors la cystostomie sus-pubienne devient une opération d'urgence qui brusquement fera cesser tout symptôme alarmant. Des opérations complémentaires pourront en même temps ou dans la suite permettre de refaire un canal uréthral, mais il est de première importance de nettoyer le réservoir vésical, de le

(1) A. Poncet, Congrès de chirurgie, 1892, *Mercredi médical*, 1893, et Coignet, thèse de Lyon, 1893.

(2) Noguès, *Réparation de l'urèthre périnéal*, thése de Paris, 1892.

(3) M. Pollosson, *Lyon Médical*, 1884, et A. Laguaite, thèse de Lyon, 1884.

(4) Lejars, *Semaine médicale*, 4 octobre 1893.

condamner au repos, ce que l'on ne pourra obtenir qu'en l'incisant largement.

La fistule hypogastrique n'est que temporaire, puisqu'il n'y a pas de perte de substance et que l'urine, ayant libre accès dans le canal uréthral, grâce à l'uréthrotomie, a une tendance naturelle à sortir par la voie normale. Du reste, chez notre malade, la fistule hypogastrique se ferma avant la fistule périnéale.

Sans doute nous ne considérons pas la cystostomie sus-pubienne comme souvent indiquée dans les cas de rétrécissements de l'urèthre, ceux-ci étant ordinairement simples, mais elle est rationnelle, nécessaire, dans les intoxications urinaires graves; alors on doit ajouter, aux débridements du canal, l'ouverture de la vessie; et même dans la plupart des infiltrations d'urine cette opération est appelée à rendre de très grands services.

D'UN MOYEN NOUVEAU DE COURBER SUR PLACE L'EXTRÉMITÉ DES SONDES FRANÇAISES EN GOMME ARRÊTÉE CONTRE LA PROSTATE. — DE QUELQUES ESSAIS, EXPOSÉS INCIDEMMENT, DE MISE INSTANTANÉE ET SANS MANDRIN EN COURBURE FIXE DES SONDES FRANÇAISES EN GOMME;

Par M. le docteur PHÉLIP.

Fin. — (Voir le n° 31.)

Il est facile, sans produire trop de délabrements et tout en ménageant l'arcade pubienne, de mettre à nu, ou tout au moins de rendre perceptible au toucher la plus grande étendue de la paroi supérieure de l'urèthre membrano-prostatique.

Nous avons donc préparé cette région pour un examen direct du côté de la paroi abdominale sur le cadavre d'un adulte et celui d'un vieillard dont la prostate, régulièrement hypertrophiée, était de la grosseur d'une petite orange.

Nous avons ensuite cherché à voir et avec le doigt à sentir les effets que pouvaient produire sur la pointe de différents numéros de sondes en gomme, sondes droites et sondes à

béquille, double béquille et courbes pendant leur traversée de l'urèthre profond les tractions exercées sur un fil adapté à leur extrémité, comme nous l'avons indiqué plus haut dans notre observation.

Voici les faits principaux que nous avons observés dans cette recherche expérimentale et les conséquences pratiques qui peuvent en être tirées :

1° La sonde en gomme, étant poussée jusqu'au niveau de la résistance prostatique, décrit dans son tiers profond, la verge maintenue verticale, une courbe à grand rayon et à concavité tournée du côté du pubis.

2° La traction exercée sur le fil soulève manifestement la pointe de la sonde en gomme ainsi placée et peut la faire appuyer vivement sur la paroi supérieure de l'urèthre profond.

3° Nous avons toujours vu la pointe de la sonde en gomme, soumise à la même action et en telle position, se porter très exactement vers la même paroi uréthrale, excepté lorsque nous nous plaçions dans certaines conditions expérimentales absolument voulues et qu'il nous était facile d'écarter.

C'est ainsi que, parfois, l'extrémité en question a pu s'incliner vers les parois latérales et même la paroi inférieure de l'urèthre profond lorsque le point d'où se détachait le fil avait été tourné vers l'obstacle prostatique et, plus souvent, lorsqu'en même temps le fil, à quelques centimètres en deçà de son point d'attache, avait été enroulé en un tour complet sur l'instrument de cathétérisme.

En pratique, une telle disposition des parties de l'instrument et sa conséquence fâcheuse pourraient s'observer si, pendant le cathétérisme et dans les tentatives réitérées pour franchir l'obstacle, on faisait décrire à la sonde un mouvement de rotation sur elle-même et qu'en tirant sur le fil on le déplaçât en sens inverse autour de l'instrument.

Si donc on veut sur le malade que la traction du fil porte très exactement la pointe de la sonde en gomme vers la paroi supérieure de l'urèthre profond, il faudra que le côté de l'instrument d'où se détache le fil regarde la paroi uréthrale en question et que le fil maintienne son parallélisme avec l'instrument.

Pour réaliser en toute assurance ces deux conditions, les précautions suivantes seront des plus faciles à prendre :

Le fil, adapté à la sonde comme nous l'avons dit plus haut, devra s'en détacher sur le côté qui normalement dans une sonde à béquille, à double béquille et courbe, doit regarder la paroi supérieure de l'urèthre. La sonde sera introduite ce point d'attache tourné du côté de la même paroi, et pendant que l'instrument avancera dans l'urèthre, on aura soin de maintenir ce rapport, évitant toute action sur la sonde capable de la faire pivoter plus ou moins sur elle-même. Enfin pour pouvoir corriger dans l'instrument tout mouvement de rotation sur lui-même qui pourrait se produire indépendamment de la volonté de l'opérateur, on aura soin de choisir sur l'extrémité externe de la sonde un point de repaire (inscription du numéro de la sonde et du nom du fabricant habituellement placés sur la face de l'instrument qui doit regarder le pubis) et au besoin d'en établir un.

Avant d'introduire la sonde, l'extrémité libre du fil sera abandonnée sur l'hypogastre, puis lorsqu'il faudra agir sur elle, on aura soin de la tenir constamment entre l'instrument de cathétérisme et le pubis.

4° Il n'est pas nécessaire d'une forte traction sur le fil pour soulever l'extrémité profonde de la sonde en gomme arrêtée contre la prostate; il suffit, pendant que la main droite pousse l'instrument de cathétérisme, de retenir faiblement le fil pris entre la pulpe du pouce et de l'index de la main gauche qui tient la verge, de façon à ne produire qu'un léger frôlement de celui-ci sur les doigts.

Le soulèvement de la pointe de la sonde peut se produire alors même qu'on ne touche pas au fil, et cela du seul fait du frottement du fil contre la paroi de l'urèthre et de la résistance qu'il oppose ainsi à l'extrémité de l'instrument pendant sa pénétration.

5° Si l'on serre le fil entre les doigts, on crée une nouvelle résistance à la pointe de la sonde qui se soulève davantage et vient appuyer contre la paroi chirurgicale de l'urèthre profond.

La pression des doigts reste-t-elle modérée, on sent au toucher la pointe de l'instrument appuyer sur la paroi en question plus vivement qu'une sonde en gomme à double

béquille ou courbe choisie parmi les plus rigides, et au même degré que ces dernières, si on leur incorpore un mandrin de un millimètre de diamètre en fil de fer non recuit, dit fil d'acier, et recourbé de manière à favoriser le plus possible le soulèvement de leur extrémité.

Si on augmente le degré de pression des doigts et sans qu'il atteigne son maximum, il devient impossible de faire avancer la sonde : l'instrument ne peut plus vaincre les résistances qui sont créées à son extrémité profonde et fléchit dans sa moitié antérieure sous l'action de la poussée de la main.— Dans cet état d'arrêt, si, pendant que la sonde est maintenue exactement en place, on tire sur le fil, on peut augmenter encore la pression de la pointe sur la paroi en question ; mais cette pression, qui ne peut être utilisée à ce degré, puisqu'il faut lâcher le fil pour que l'instrument avance plus profondément (si elle procure quelques profits parce que, au moment de l'abandon du fil et de la poussée de la main, il peut rester à la pointe de l'instrument quelque chose d'une position meilleure), est loin d'être aussi accusée que celle que peuvent donner dans les mêmes conditions les sondes rigides à courbure moyenne, la sonde métallique de trousse par exemple, dans sa manœuvre habituelle.

Ceci nous explique l'insuccès de notre moyen dans la plupart des cas de prostates volumineuses demandant des courbures accusées et fixes ou à peu près et une fermeté totale de l'instrument suffisante pour permettre à l'abaissement de son pavillon de produire l'élévation de son extrémité profonde et la pression plus énergique de sa pointe sur la paroi supérieure de l'urèthre.

6° Il y a tout avantage à ce que le fil se détache de la sonde à 1 centimètre 1/2 ou 2 cent. de sa pointe, et non pas plus près d'elle ou à son niveau.

C'est ainsi l'éloigner suffisamment de l'extrémité de l'instrument qui doit appuyer sur la paroi supérieure de l'urèthre profond, de l'extrémité qui doit plus que tout autre point conserver l'intégrité absolue de sa surface lisse.

De plus, en choisissant ce niveau pour l'émergence du fil, il nous a semblé que son action était tout aussi effective et que dans le maximum de soulèvement utile de la pointe, la progression de la sonde était ainsi rendue plus facile, comme

si son extrémité profonde eût été débarrassée de résistances inutiles.

7° Pendant que la sonde chemine dans l'urèthre profond, le fil retenu par les doigts appuie plus particulièrement sur le bord supérieur du collet du bulbe. On peut éviter ou atténuer cette action en dissimulant le fil dans l'intérieur de la sonde, en l'y réintroduisant à 4 ou 5 centimètres de son point d'attache. Dans ces conditions, le fil, lorsqu'on agit sur lui, presse sur l'instrument au niveau de cette seconde traversée de sa paroi.

C'est là une disposition qui complique l'arrangement de l'instrument pour épargner à l'urèthre une action qui ne saurait être violente, puisque la manœuvre du fil pour produire tout l'effet utile sur la pointe de la sonde ne demande pas de tractions énergiques. C'est pourquoi nous signalons cette disposition sans nous y arrêter, sans qu'il nous paraisse utile d'indiquer par quels moyens simples elle peut être conduite à bonne fin.

8° Le procédé en question est applicable à toutes les sondes uréthrales en gomme, mais son efficacité n'est pas la même auprès de toutes.

Les sondes en gomme à béquille, double béquille et courbes apportent au procédé le contingent de leur forme préalable et lui valent des effets plus complets et plus sûrs. Aussi, dans la mise à exécution faut-il les préférer toutes les fois qu'on le peut, et plus que toutes autres la sonde à béquille (c'est du reste la plus répandue des sondes en gomme pour prostatiques).

La présence de la béquille vaut à l'extrémité de la sonde un angle obtus qui s'ouvre du côté de la paroi supérieure de l'urèthre et au fond duquel on place avantageusement l'attache du fil. Ainsi la saillie brusque que le fil, s'il est un peu volumineux, peut faire en son point d'émergence, reste effacé et sans action fâcheuse sur la muqueuse de l'urèthre pendant la progression de l'instrument. De plus, dans la sonde à béquille, la pointe est mieux soutenue, elle obéit sans se déformer au fil qui se détache à 1 ou 2 centimètres au-dessous d'elle. L'instrument conserve ainsi intégralement le bénéfice de son coude terminal regardé comme très avantageux dans les sondes en gomme mises à l'aide du mandrin de Guyon en courbure accusée et fixe.

Le concours que notre procédé peut prêter aux sondes olivaires et coniques en gomme arrêtées contre la prostate est beaucoup moins efficace, ce qui tient à la souplesse et à la forme particulière de leur extrémité. Cette grande souplesse de leur pointe les fait se fléchir très près du point d'attache du fil ; la courbure qu'elles acquièrent est ainsi à plus petit rayon que dans les sondes dont l'extrémité est d'un calibre plus fort, uniforme, dès lors plus ferme. C'est pourquoi la pointe des sondes olivaires et coniques, en gomme, n'exerce sous l'action du fil qu'une pression très faible, si toutefois elle en exerce une, sur la paroi supérieure de l'urèthre profond. Si l'insertion du fil s'éloigne de la pointe pour se rapprocher d'un niveau où la sonde a plus d'épaisseur, la pointe très flexible ne suit plus le fil, elle reste en arrière en se courbant en sens inverse de la traction. Mais l'action du fil a-t-elle pu produire un déplacement de la pointe favorable à son cheminement, l'instrument de cathétérisme n'en garde pas moins l'inconvénient de la forme défectueuse de son extrémité terminale dans une lésion uréthrale qui exige l'emploi d'instruments de cathétérisme d'un calibre uniforme et plutôt fort.

9° Il ne serait pas impossible d'appliquer le procédé du fil sur une sonde de Nélaton et d'en tirer parti, mais il faudrait diminuer l'excessive souplesse de l'instrument et le ramener au degré de flexibilité des sondes en gomme en lui incorporant une bougie fine de gomme, un mandrin en fer très grêle ou à leur défaut, et plus avantageusement même, une fine pointe d'osier ou brindille d'autre bois.

10° Les numéros de 16 à 20 des sondes en gomme sont ceux qui nous ont paru convenir le mieux pour l'application et la réussite de notre moyen.

Les conclusions suivantes résument notre travail et le complètent en quelques points secondaires que nous avons tenus intentionnellement en réserve.

Conclusions. — Le moyen que nous faisons connaître permet de courber sur place l'extrémité d'une soude en gomme arrêtée contre la prostate. Il permet de conduire jusqu'à l'obstacle prostatique une sonde en gomme en suivant sans en rien changer la manœuvre de cathétérisme des

instruments flexibles, qui est simple, et la courbure qu'il peut valoir sur place à la pointe de l'instrument paraît équivalente à celle qu'on obtiendrait dans les mêmes conditions devant l'obstacle en usant d'un mandrin, disposé à cet effet, en fil de fer non recuit, dit fil d'acier, de 1 millimètre de diamètre.

On entreverra tout le profit que notre procédé peut offrir dans le cathétérisme des prostatiques, si nous ajoutons que dans sa mise à exécution les matériaux nécessaires sont des plus usuels, que la préparation de la sonde est des plus simples, que la manœuvre pour obtenir toute l'efficacité qu'il est permis d'en attendre est des plus faciles entre toutes mains et ne demande l'emploi d'aucune force, que le contact du lien avec le canal ne porte aucune atteinte à l'intégrité de sa muqueuse et qu'enfin sans avoir jamais donné aucun soin à la sortie de l'instrument nous n'avons jamais observé en le retirant la moindre difficulté ou le moindre arrêt.

Le procédé en question, que nous pourrions dénommer procédé de lien, tout en remplissant auprès des sondes flexibles des prostatiques le même office que le mandrin dont nous parlons, présente sur lui quelques avantages.

Comme lui, et avec les mêmes chances pour la réussite du cathétérisme, il permet de transformer une sonde droite en gomme en sonde courbe, d'ajouter à une sonde à béquille en gomme la forme courbe, d'accuser la déviation que la pointe des sondes en gomme à double béquille et courbes doivent au fabricant, de rendre tout au moins à ces dernières le degré de courbure qu'elles perdent souvent du fait d'une trop grande souplesse. Son action peut s'étendre à la sonde de Nélaton, mais, pour qu'il puisse lui être appliqué avec profit, il faut la ramener par les moyens que nous avons indiqués au degré de flexibilité des sondes en gomme.

Notre procédé, comme le mandrin en question, peut parer à la défectuosité de forme, à l'insuffisance de courbure de chacune de ces sondes, et avec l'une d'elles au dépourvu des autres. Il permet, dans la rétention d'urine qu'entraîne l'hypertrophie prostatique, l'utilisation des sondes qu'on ne dirige pas dans la plus large mesure et en ménageant mieux que le mandrin leur flexibilité; il peut, en pareil cas, écarter le plus possible l'emploi des sondes rigides.

Le chirurgien est habitué à se servir d'emblée dans le cathétérisme évacuateur des prostatiques de sondes en gomme courbées à l'aide d'un fort mandrin (mandrin de Guyon) ou des sondes en métal, et ce n'est pas lui qui trouvera avantage à tenir en réserve des instruments qui lui évitent des tâtonnements pour le moins inutiles. Mais il pourra user en pareil cas, et souvent tirer profit du moyen que nous indiquons, s'il n'a comme tout instrument de cathétérisme que des sondes flexibles qui n'ont pu passer et s'il manque de tout mandrin. Le praticien, en dehors du dépourvu, aura parfois intérêt à y recourir dans la même lésion après l'insuccès des instruments flexibles, pour éviter l'emploi des instruments rigides s'il est peu familiarisé avec leur manœuvre, pour écarter la sonde métallique de trousse dont les méfaits sont aussi souvent imputables à l'inexpérience de la main qui s'en sert qu'aux défectuosités de courbure et de longueur de l'instrument.

Auprès de ce dernier, le procédé du lien présente un avantage sur le mandrin, c'est qu'il courbe la sonde sur place et ne diminue en rien sa souplesse : son introduction jusqu'à l'obstacle ne demande dès lors qu'une poussée de la main ; au-delà sa manœuvre reste des plus simples.

Le mandrin de 1 millimètre de diamètre en fil d'acier, ou celui de 1 mill. 1/3 et 1 mill. 1/2 en fil de fer recuit qui lui équivaut en rigidité, donne à l'instrument dans toute son étendue un degré de fermeté qui le rapproche sensiblement des sondes rigides et exige dans son emploi une manœuvre qui n'est plus celle des sondes souples et peut être identiquement la même que celle des cathéters rigides.

Enfin, auprès de tout médecin, notre procédé dans sa qualité d'auxiliaire des sondes flexibles des prostatiques et comme moyen de parer au dépourvu, peut se prévaloir de cet autre avantage, c'est qu'il est plus facile de trouver un fil à coudre qu'un fil de fer, et surtout un fil de fer d'un certain calibre. Un fil à coudre peut être pris sur les vêtements du malade et à son défaut on pourrait tirer le même profit d'un cordonnet en le dédoublant.

Si l'on peut se procurer un fil de fer il sera plus souvent ou plus fort ou plus faible. Plus fort il transforme la sonde en cathéter rigide, et lui fait perdre la qualité que lui mé-

nage notre procédé. Plus faible, il peut être insuffisant. En doublant, triplant, quadruplant au besoin des numéros de fil de fer au-dessous du mandrin qui sert à notre parallèle, on arrive mal à en obtenir sur la pointe des sondes en gomme les mêmes effets que notre procédé.

Nous avons dit, dans notre travail, en quel point et comment le lien doit être fixé à la sonde. Si l'on manquait d'une aiguille pour passer le fil à travers la paroi de l'instrument, il suffirait de le perforer, au point voulu, avec la pointe d'un canif, un poinçon, une simple épingle. S'il fallait laisser la sonde à demeure, pour la débarrasser du fil, on le mettrait double : après l'introduction de la sonde, en tirant sur une de ses extrémités on amènerait tout le lien au dehors.

On peut, sans inconvénients, sur le même sujet, recourir plusieurs fois par jour et durant plusieurs jours au moyen que nous venons de décrire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances d'octobre 1893.— **Présidence de M. Cordier.**

SYPHILIS CÉRÉBRALE ET MERCURE.

M. Lépine relate l'histoire d'un ancien syphilitique qui a été atteint d'accidents épileptiformes formidables suivis de céphalée et de troubles de la parole persistants. Au bout d'un mois, M. Lépine institua le traitement suivant : Frictions quotidiennes pendant cinq jours avec 4 grammes d'onguent napolitain.

Dès le troisième jour la céphalée s'accrut ; le mercure fut remplacé par 4 gr. d'iodure de potassium ; très rapidement la céphalée, l'embarras de la parole, l'obnubilation ont cédé complètement.

M. Colrat pense que, dans la syphilis cérébrale, le traitement ne produit souvent ses effets qu'au bout d'un certain temps.

Il a présent à l'esprit le cas d'un malade qui sous l'influence d'une poussée de gommes avait été atteint d'hémiplégie croisée. On institua le traitement mixte. Après quelques jours le malade tomba dans le coma, on n'en continua pas moins à administrer iodure et mercure ; une amélioration décisive se produisit bientôt et au bout de quinze jours la guérison fut complète.

M. Cordier. Au moment des accidents secondaires, le mercure n'a aucune action sur la céphalée. L'iodure de potassium au contraire la fait disparaître rapidement ; à la période tertiaire, le mercure paraît provoquer souvent le ramollissement des gommes.

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-CÉRÉBRALE.

M. Lépine relate une nouvelle observation de paralysie labio-glosso cérébrale. Il s'agit d'un homme de 60 ans qui avait eu deux hémiplégies dont il avait guéri. A la suite d'une troisième attaque, il eut une abolition complète de la parole. Quelques mois après il présentait le tableau symptomatique classique : marmottement à peine compréhensible, impossibilité de sortir la langue, voix basse, flux salivaire, et enfin, fait intéressant, mouvements réflexes de la face. A certains moments brusquement la face devenait grimaçante. C'est, on le sait, ce dernier symptôme qui distingue la paralysie labio-glosso-cérébrale de la paralysie bulbaire.

A l'autopsie on a constaté que les noyaux lenticulaires présentaient de nombreux points de ramollissement. Le bulbe paraît intact. L'examen microscoique en sera fait ultérieurement.

En somme, il s'agit là d'une observation classique. Ce qu'il y a de particulier, c'est le petit volume des lésions.

DU GAÏACOL DANS L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE.

M. Bard fait une communication sur l'emploi du gaïacol dans le traitement de l'érysipèle de la face. (Sera publiée.)

M. Courmont. M. Bard vient de nous parler de l'action curative des badigeonnages de gaïacol sur les érysipèles. Il s'agit là de la guérison d'une maladie cyclique dont la défervescence fébrile n'est donc que hâtée, et sans qu'on puisse dire exactement de combien. J'ai remarqué dans le service du professeur Bondet, que je supplée en ce moment, que le gaïacol peut avoir une action curative sur des affections fébriles chroniques à type indéterminé, fait d'ailleurs déjà signalé par M. Bard dans sa première communication à propos d'une granulie.

Donc à côté de l'action immédiate du gaïacol, appliqué en frictions, action hypothermisante réflexe très remarquable, il existe une autre action définitive, celle-là, curative en un mot et non plus palliative. La fièvre atteignait tous les soirs 40° ; le badigeonnage l'abaisse brusquement de plusieurs degrés, puis la laisse remonter ; mais, le lendemain, la température vespérale n'atteint plus que 39°, à 24 heures du badigeon-

nage. Nouveau badigeonnage : le lendemain soir, le thermomètre n'accuse que 38°,2. Après la troisième application la température est redevenue normale et oscille entre 37° et 38°, malgré la suppression du gaïacol. Dans ces cas le gaïacol a véritablement tari la source de la fièvre.

Je puis apporter trois cas à l'appui de ce dire :

Le premier malade était un enfant de 15 à 16 ans qui présentait depuis un mois et demi une fièvre vespérale continue sans aucune localisation. Le diagnostic resta hésitant longtemps. Enfin une légère submatité d'un sommet et la présence des bacilles dans un des rares crachats expectorés imposa l'existence d'une granulie. Après trois séances de badigeonnages au gaïacol la fièvre était progressivement tombée à la normale. Le malade dormait, mangeait, se sentait bien le soir. Il resta encore 15 jours apyrétique dans le service, après la suppression du gaïacol, et sortit bien portant.

Le second était un homme adulte qui, sans aucune localisation appréciable, offrait depuis deux mois une température vespérale de 40° et de la dyspnée. La soirée était pénible, la nuit agitée, les matinées bonnes. Trois badigeonnages de gaïacol ont amené une défervescence définitive. Tout malaise a disparu, l'appétit n'a plus été troublé, la dyspnée ne s'est plus montrée, la température vespérale n'a plus dépassé 37°,8. Le malade est sorti en excellente santé bénissant le gaïacol.

Le troisième était un tuberculeux cavitaire scléreux à marche lente dont la fièvre a également disparu après cinq badigeonnages de gaïacol.

Je puis au contraire citer plusieurs cas de cavitaires fébriles à marche rapide, chez lesquels le gaïacol, tout en produisant l'abaissement immédiat de la température et un bien-être momentané, n'a pas sensiblement modifié la courbe de la température. Certains malades ont même mal supporté le traitement.

Les doses employées variaient de 1 à 2 grammes ; elles ont produit des abaissements de 1° à 3°,5 en trois heures ; la peau n'a pas été irritée.

En résumé, ainsi que le fait bien remarquer M. Bard, le gaïacol a une action curative bien nette sur la tuberculose, mais pas chez tous les tuberculeux. Les cavitaires ne sont pas améliorés, au contraire, sauf dans des cas analogues à mon troisième malade qui était un scléreux. Ce sont des granulies limitées, ces cas où le diagnostic reste douteux faute de localisation et ne se fait que par exclusion et à la longue, qui profitent de l'action curative des badigeonnages de gaïacol. Il faut poursuivre ces expériences. Le gaïacol aurait une action immédiate sur les centres thermiques par voie réflexe et une action curative sur le tubercule jeune, probablement à la suite d'une certaine absorption.

M. Bard possède plusieurs observations analogues aux trois que vient de rapporter M. Courmont, dans lesquelles l'action du badigeonnage de gaïacol a été semblable. Fait à retenir, les tuberculeux chez lesquels on obtient une apyrexie durable sont des malades qui n'ont que de la fièvre. Le diagnostic de tuberculose peut presque toujours être contesté, les signes stéthoscopiques faisant défaut chez eux.

Les tuberculeux qui crachent, ceux qui ont des cavernes ne sont pas

améliorés par les badigeonnages de gaïacol. On obtient bien un abaissement de la température, mais cet abaissement est momentané.

M. Courmont rappelle que le troisième tuberculeux dont il a cité l'observation tout à l'heure avait une caverne il est vrai, mais faisait manifestement de la sclérose.

L'un des secrétaires annuels, P. Lacour.

REVUE DES LIVRES

Du défaut d'ossification du crâne comme cause de dystocie ; des têtes molles, par le docteur P. Despiney. Thèse de Lyon, 1893.

Depuis longtemps le professeur Fochier dans ses cours et cliniques insiste sur un fait peu connu et qui même, en apparence, peut paraître un peu paradoxal, à savoir que le défaut d'ossification de la voûte crânienne, que les têtes molles en somme sont fréquemment une cause de dystocie.

Le docteur P. Despiney a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette question.

Dans un premier chapitre, il étudie longuement le développement de l'ossification du crâne fœtal. Comme Champeil (1) dont le travail sort du laboratoire du professeur Renaut, l'auteur distingue trois périodes principales dans l'évolution du crâne membraneux :

1° Période embryonnaire ;

2° Période intermédiaire ou de différenciation ; gaine lamelleuse crânienne ;

3° Période fœtale ou d'ossification de lamelle ostéogène.

Dans un second chapitre le docteur Despiney donne une classification des défauts ou arrêts de développement du crâne chez le fœtus. Il distingue :

1° Des crânes à fontanelles et à sutures volumineuses ;

2° Des crânes à fontanelles accessoires ;

Ces deux catégories ne rentrent pas dans le cadre des arrêts de développement. C'est une critique à adresser à l'auteur.

3° Des crânes à voûtes osseuses papyracées ;

4° Des crânes à voûtes osseuses simplement membraneuses.

(1) Champeil : *Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial.* (*Journ. de l'anatomie et de la physiologie*, 1889, p. 640.)

En étudiant l'étiologie et la pathogénie des arrêts de développement du crâne, M. Despiney ajoute aux théories anciennement émises celle émise par M. le professeur agrégé Condamin : la persistance des règles pendant la grossesse. Dans une observation que cet auteur a publiée (1) les règles s'étaient montrées pendant les premiers mois de la grossesse. Dans deux autres observations de têtes molles recueillies à la clinique obstétricale, cette persistance des règles pendant les premiers mois de la grossesse avait été également observée.

La partie de beaucoup la plus intéressante de cette thèse est celle consacrée à l'influence des têtes molles sur la marche de l'accouchement.

L'auteur distingue à juste raison deux cas : les têtes molles dans un bassin rétréci constituent plutôt une condition favorable, à cause d'un modelage plus facile et de la possibilité de dépressions plus accentuées. Mais il en est tout autrement dans les bassins normaux. Là, alors en se basant sur l'expérience du professeur Fochier et sur une série d'observations, l'auteur démontre qu'une tête molle peut devenir une cause de dystocie par :

1° Dilatation du col longue et difficile ;

2° Défaut ou au contraire excès de flexion ;

3° Absence de rotation ;

4° Arrêt sur le périnée.

D'autre part, quand il s'agit de bassins rétrécis, cette mollesse est une condition favorable, permettant la réduction plus facile des diamètres, et par suite du passage de la tête à travers un rétrécissement.

Enfin pour terminer, l'auteur, à propos des indications thérapeutiques, se livre à quelques considérations d'où il découle que le forceps doit être employé de bonne heure quand on constate une tête molle, et cela, soit pour entr'ouvrir celle-ci à travers un périnée qu'en raison de sa mollesse elle ne peut distendre et franchir, soit pour corriger une position vicieuse.

Cette étude consciencieuse du docteur Despiney mérite

(1) R. Condamin : Absence d'ossification de la voûte crânienne chez le nouveau-né. (*Province médicale*, 1891.)

d'être connue mieux que par une simple analyse, et nous ne doutons pas que la lecture de la monographie elle-même ne soit pour les lecteurs du *Lyon Médical* qu'intéressent les questions obstétricales, pleines d'intérêt et parfois d'enseignement. R. C.

REVUE DES JOURNAUX

Diaclysme. — Le tube en caoutchouc faisant siphon nous donne le moyen de vider la cavité stomacale; l'entéroclyse nous permet de laver le gros intestin. Mais, jusqu'à ce jour, la *barrière des apothicaires* avait paru un obstacle infranchissable à toute tentative d'irrigation et de lavage de la partie du tube digestif qui s'étend du pylore à la valvule de Bauhin.

Est-il possible de faire passer un courant d'eau de la bouche à l'anus ou réciproquement? De la bouche à l'anus, non, mais de l'anus à la bouche, M. Von Genersich assure que la chose est faisable et même facile, « bien que, dit-il, le procédé ne puisse passer pour un agréable passe-temps ». Et M. Dauriac, interne des hôpitaux, confirme le fait d'après des expériences entreprises en 1892 dans le service de M. Bourneville. (*Progrès méd.*, 30 sept.)

C'est ce lavage du tube digestif que M. Genersich propose d'appeler le *diaclysme*. D'après l'auteur, l'irrigation de haut en bas est impossible, même sur le cadavre. Sous une pression d'un mètre le liquide pénètre à plein courant dans l'estomac et l'intestin grêle; mais après introduction de 2, 3 ou 5 litres au plus, le courant s'arrête; en augmentant la pression on n'arriverait qu'à faire crever l'estomac ou l'intestin, mais on n'atteindrait pas le gros intestin et jamais le liquide introduit par les voies supérieures ne ressort par le rectum.

Il n'en est pas de même si l'introduction se fait par l'anus au moyen d'une sonde solidement fixée. Une pression modérée, répondant à une colonne d'eau de 70 cent. à 1 mètre au plus, suffit pour vaincre la résistance de la valvule de Bauhin et faire arriver le liquide dans l'iléon et au-delà.

La capacité du canal digestif est évidemment très variable; mais en moyenne chez l'adulte, d'après les expériences de M. de Genersich, le gros intestin, l'intestin grêle et l'esto-

mac peuvent contenir chacun environ 3 litres. 8 à 9 litres de liquide suffisent donc pour remplir complètement le tube gastro-intestinal et le laver comme un tuyau quelconque. Après 3 litres la valvule s'ouvre et l'eau passe dans l'intestin grêle ; après 6 litres le liquide arrive dans l'estomac, et au 7e, 8e ou 9e litre, suivant le contenu préalable du tube digestif, le liquide ressort par la bouche et par le nez.

M. Dauriac, sans connaître le travail de M. de Genersich, avait fait en 1892 des expériences analogues. Sur le cadavre d'un sujet de 16 ans, il introduisit par le rectum une sonde œsophagienne molle en caoutchouc rouge, dont l'extrémité libre fut adaptée au tuyau d'un récipient, du type de ceux qui sont employés pour les irrigations vaginales. En soulevant graduellement le récipient, il constata que le liquide s'écoulait sans trop de difficultés. 11 litres furent ainsi injectés et bientôt le liquide s'écoula par la bouche. L'ouverture du cadavre montra qu'aucune rupture intestinale ne s'était produite.

La même tentative faite chez un chien vivant donna les mêmes résultats. Le passage du liquide se fit rapidement et sans peine. L'animal rejeta par la bouche la presque totalité du liquide introduit par le rectum. Il ne parut éprouver aucun malaise de l'opération.

D'après M. de Genersich, le diaclysme peut s'exécuter chez l'homme vivant, et, ajoute-t-il, « avec un peu de ménagement et d'encouragement de la part du médecin, il ne présente aucune difficulté ». Après le 7e litre, et même plus tôt, il se produit ordinairement des vomissements abondants, et, si l'on continue l'injection, on voit repasser la bouche le liquide injecté par l'anus. Il est possible de faire passer 10 litres et plus de liquide de bas en haut et cela sans danger pour le malade. Chez les jeunes gens et les enfants, le lavage se fait encore plus facilement que chez l'adulte.

M. de Genersich a employé ce mode de traitement chez des cholériques, en se servant d'une solution de tannin à 1 ou 2 pour 1000 dans l'eau bouillante refroidie à 37 ou 38°. Il déclare que, « par aucun autre moyen il n'a vu une amélioration aussi prompte et aussi constante que par ce procédé ».

M. Dauriac s'est servi d'une solution d'acide lactique à

10 pour 1000. Chez 11 enfants atteints de diarrhée fétide incoercible, la diarrhée a cédé dès le premier lavage. Chez 5 nouveau-nés atteints de diarrhée verte, une seule irrigation à l'acide lactique a suffi de même pour arrêter net la diarrhée.

Dans un cas de fièvre typhoïde, le diaclysme a été pratiqué régulièrement dès le douzième jour, avec une solution de créoline, mais avec plus de précaution et en se contentant d'une pression de 60 cent., la quantité de liquide introduite ne dépassant jamais 5 litres. M. Dauriac constate que dès le lendemain la langue était redevenue humide, les selles étaient moins fréquentes et moins fétides ; la fièvre baissa et oscilla dès lors entre 37°,6 et 39°.

Dans deux cas d'ictère catarrhal, le diaclysme fait avec de l'eau simple ou de l'eau de Vichy froide a amené une guérison rapide. Les selles qui étaient argileuses devinrent dès le lendemain colorées par la bile.

Le manuel opératoire est simple. Il suffit d'une sonde rectale et d'un appareil irrigateur qu'on maintient élevé à une hauteur de 60 cent. à 1 mètre au plus. M. de Genersich conseille de maintenir l'anus serré autour de la sonde. M. Dauriac a imaginé une sorte de valvule en caoutchouc qu'on introduit dans le rectum en même temps que le tube irrigateur et qui, s'appliquant sur les parois de l'intestin, l'obture hermétiquement dès qu'il commence à se remplir de liquide.

Il faut procéder avec douceur et ne pas employer de pressions trop fortes. Les malades éprouvent des coliques souvent intenses ; il faut alors s'arrêter et attendre qu'elles aient cessé. On voit le ventre se gonfler et se tendre. Après 5 à 6 litres, le malaise « presque insupportable » du sujet s'amende, car il commence à vomir et bientôt le liquide injecté suit. On peut faire passer ainsi jusqu'à 10 et 15 litres de liquide. On retire alors la sonde et aussitôt le liquide s'écoule par le rectum. Il ne reste dans l'intestin que 2 à 3 litres de la solution introduite.

M. Dauriac pense avec raison qu'il est inutile d'aller jusqu'au vomissement et à l'écoulement du liquide par la bouche. On s'assure par la percussion que le liquide est arrivé dans l'estomac et on cesse l'irrigation dês que la cavité gastrique commence à se remplir. Le liquide reflue aussitôt par en bas.

En somme le diaclysme paraît un moyen commode de laver et d'aseptiser le tube digestif. Il trouverait son indication parfaite dans la fièvre typhoïde. Malheureusement la crainte d'une rupture ou d'une perforation de l'intestin ulcéré en limitera forcément l'emploi. En procédant avec prudence, sous une pression faible ne dépassant pas 60 cent., et en pratiquant le lavage dès les premiers jours de la maladie, on pourrait peut-être cependant l'utiliser comme l'a fait M. Dauriac.

Mais dans les diarrhées infantiles, dans les diarrhées cholériformes, dans le choléra, dans les empoisonnements, dans l'urémie, il semble évident que ce procédé de lavage peut être employé sans danger et avec profit. (*Médecine moderne*, 8 octobre 1893.)

Contagion de la diphtérie. — Nous avons publié dans ce journal plusieurs articles relatifs à la transmission de la diphtérie par les convalescents et à son diagnostic bactériologique. Malheureusement ce diagnostic n'est pas à la portée de tous les médecins.

Les Américains, gens éminemment pratiques, ont trouvé le moyen suivant d'établir avec promptitude et sûreté le diagnostic différenciel des angines suspectes. Le département de l'hygiène publique de New-York met en dépôt dans toutes les pharmacies des tubes à culture bactériologique prêts à être ensemencés, bouchés par un tampon d'ouate et convenablement stérilisés. Quand un médecin est appelé pour un cas d'angine suspecte, il passe chez un pharmacien, y prend un des tubes en question et un second tube stérilisé renfermant une tige en fil de fer terminée par un petit tampon d'ouate. Arrivé près du malade, le médecin passe ce petit pinceau sur la muqueuse pharyngienne et le plonge couvert d'exsudat dans le tube à culture.

Cela fait, il remet le tout au pharmacien qui l'envoie au bureau d'hygiène. Tous les soirs la collection des tubes reçus est déposée dans une étuve à 37°. Le lendemain on y constate l'absence ou la présence du bacille diphtéritique au moyen de la solution de Lœfler (bleu de méthylène). Le bureau prévient le médecin et prend les mesures en conséquence, lorsqu'il y a lieu. (*Union m. de Paris*, 3 oct. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

CONCOURS DE L'INTERNAT.

Chaque épreuve du concours de l'internat se déroule comme la tragédie antique et selon la règle des trois unités.

> Qu'en un lieu, qu'en un jour, un seul fait accompli
> Tienne jusqu'à la fin le théâtre rempli.

Ce qui, en langage clair, veut dire que tous les candidats traitent la même question, le même jour.

C'est là évidemment l'idéal de l'équité, facile à réaliser avec des concurrents relativement peu nombreux, comme il arrivait autrefois avant la création et les progrès de la Faculté de médecine. Depuis, les conditions ont un peu changé, et ce qui était facile autrefois, ce qui est encore possible aujourd'hui peut cesser de l'être.

C'est déjà actuellement une lourde charge pour les membres du jury que d'être pris cinq jours de suite par des séances multiples qui se prolongent quelquefois assez avant dans la soirée. Il en résulte d'abord la nécessité d'épreuves éliminatrices, nécessité rendue plus pressante par l'épreuve pratique pour laquelle on a peine à réunir un nombre suffisant de sujets à disséquer. Il en résulte aussi que le jury s'attache à poser, autant que la médecine le comporte, des questions un peu précises, ne laissant pas trop de place aux inventions et aux digressions; ce qui est un bien. Mais il en résulte encore, ce qui est moins bien, qu'on donne un temps parfois un peu court pour traiter les questions, afin de ne pas avoir de trop longs mémoires à entendre.

De plus, à ces longues séances l'attention des juges se lasse, et ce que l'équité gagne par l'audition en un temps restreint de mémoires écrits sur le même sujet, elle est exposée à le perdre par ce défaut d'attention.

Si donc le nombre des candidats continue à croître, il deviendra urgent d'introduire quelques modifications dans nos concours d'internat.

La première serait de revenir à l'épreuve orale pour la question d'anatomie transformée depuis quelques années en question écrite; la seconde, de répartir la lecture des mé-

moires de pathologie médicale et chirurgicale en un plus grand nombre de séances au lieu de s'astreindre à les entendre tous le même jour.

Actuellement chaque juge propose une question qui est discutée, acceptée ou rejetée par la majorité des membres du jury. Il y a donc sept questions pour les concours de l'internat et douze pour ceux de médecine et de chirurgie. Le tirage au sort décide ensuite du sujet qui doit être traité. Étant donné le temps que prend quelquefois la discussion du choix de ces questions, on a eu l'idée d'en réduire le nombre à trois ou quatre par épreuve. Nous ne pensons pas que cette modification ait quelque chance d'être acceptée et nous y sommes personnellement très opposé. Elle irait à l'encontre de la garantie d'impartialité que donne aux candidats un jury nombreux, et l'on pourrait craindre dans l'avenir que tel juge plus influent fasse accepter trois ou quatre questions de son choix.

Y a-t-il lieu d'introduire des modifications plus radicales de supprimer telle ou telle épreuve, la dissection par exemple ou les questions de garde ? nous ne le pensons pas. La dissection reste la seule épreuve pratique du concours et les chirurgiens en particulier renonceront difficilement à ce témoignage d'habileté manuelle et de connaissance anatomique précise.

Les épreuves de garde sont bien adaptées à l'esprit pratique des Lyonnais; un interne n'a pas seulement à parler, mais à agir, et il est bon de savoir dans quel sens s'exercera cette action en présence d'une indication plus ou moins pressante qu'il va rencontrer au lendemain de son admission.

Il faut bien, à côté des mémoires écrits qui montrent peut-être mieux l'étendue des connaissances, avoir des épreuves orales courtes et précises, où l'on dit en quelques mots, après un instant de réflexions, la chose utile à savoir et à faire dans une circonstance déterminée. La présence d'esprit, la décision rapide, le bon sens se révèlent très nettement dans ces épreuves. Les mémoires écrits représentent en quelque sorte le capital accumulé, et les questions orales de garde l'argent comptant dont on peut disposer de suite ; dans l'internat, comme dans la vie, il est bon d'avoir les deux.

Le concours, dans son ensemble, a été bon. Une seule question, un peu limitée, celle du cancer du corps thyroïde, a surpris les candidats qui l'ont traitée avec les notions qu'ils avaient sur le cancer en général et sur la région thyroïdienne. Cette question avait été l'objet de travaux lyonnais, et en particulier de l'excellente thèse assez récente d'Orcel. Ceux qui connaissaient ce travail ont été plus au courant de la question, et pourtant un des meilleurs mémoires du concours n'a fait aucune allusion à ce travail et son auteur l'ignorait certainement.

Une fine allocution de M. le docteur Dron, administrateur des hôpitaux, a parlé avec émotion des devoirs de l'interne, devoirs dans l'accomplissement desquels il peut aller au-devant de la maladie et de la mort, il a rappelé aussi les bons souvenirs que laisse plus tard cette période de l'internat, la meilleure de la vie du médecin. P. AUBERT.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (séance du 18 octobre 1893). — M. Lannois relate l'observation d'un lapin qui, à la suite d'une injection de produits solubles d'une culture du microbe de l'influenza, fut pris de vertiges avec mouvements rotatoires. A l'autopsie, dans le cervelet volumineux, abcès avec carie du rocher et présence dans le conduit auditif externe de nombreux acariens.

— M. Siraud présente le cerveau d'un homme de 60 ans qui, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, avait eu une otite suppurée ; il fut pris d'une hémiplégie gauche progressive avec coma, et suivie d'une mort assez rapide. Dans le lobe temporo-occipital droit, kyste suppuré contenant environ 60 grammes de pus, dont les parois rappellent la structure d'un kyste hydatique. Aucune altération dans l'oreille.

— M. Villard met sous les yeux de la Société une omoplate enlevée par M. Jaboulay à une homme de 52 ans qui, à la suite d'une chute sur l'épaule, eut des abcès multiples avec fistules ayant pour origine une altération de cet os. Le malade, dans un état cachectique, réclamait une opération; l'omoplate fut enlevée, les suites immédiates de l'opération sont bonnes.

L'omplate enlevée est criblée de petites cavernes d'origine tuberculeuse. M. Villard rappelle que M. L. Ollier a pratiqué deux résections de l'omoplate pour des ostéites tuberculeuses et M. Jaboulay pour un cas d'ostéomyélite. Les trois malades ont guéri.

— M. Lagoutte présente un volumineux fibrome qui était enclavé dans le petit bassin, adhérent à l'utérus par un court pédicule, et au rectum. La malade est morte rapidement à la suite de l'opération. A l'autopsie,

atrophie complète du rein droit du volume d'une petite amande, dilatation de l'uretère et du bassinet du rein gauche. Pas de troubles urinaires pendant la vie.

— M. Lépine remarque que l'extirpation complète du pancréas n'est pas toujours suivie de diabète, et attribue les résultats divergents obtenus par les expérimentateurs à l'état de la nutrition chez les chiens : ainsi chez un jeune chien qu'il a fait jeûner huit jours, M. Lépine n'a pas provoqué de diabète qui, au contraire, peut survenir lorsque le chien est bien nourri. D'ailleurs, ajoute-t-il, le diabète expérimental diffère beaucoup du diabète spontané.

— M. Colrat, dans une communication sur la pression artérielle, observe que quand on comprime l'artère principale d'un membre, la pression en aval diminue lentement chez le vieillard et rapidement chez l'enfant, ce qui tient à l'écoulement plus rapide du sang dans les capillaires chez celui-ci. La diminution de l'élasticité artérielle chez le vieillard nous rend compte du phénomène observé. L'auteur part de cette donnée expérimentale pour expliquer le mécanisme du double souffle intermittent.

Le 25 octobre étant un jour férié à Lyon (réception des officiers de l'escadre russe) et le 1er novembre une fête légale (Toussaint), la prochaine séance de la Société des sciences médicales n'aura lieu que le 8 novembre.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Voici après le classement définitif des ex æquo l'ordre d'admission du dernier concours :

Internes titulaires : MM. Courmont, Gayet, Gourdiat (Charles), Tixier, Frarier, Chirat, Cibert, Delore (Claude), Delore (Paul), Grivet, Vauthey, Duplant.

Internes provisoires : MM. Cornet, Allemand, Gourdiat (Jean), Jacqueau, Burdet, Buisson, Egger, Ducrot, Bernay, Sargnon, Toy, Bayle, Dupont (Noel), Goujon, Étiévant, Dreyfus, Dupond (Antoine), Pont.

MM. Cornet et Gourdiat (Jean) ont accepté l'internat des hôpitaux de Saint-Étienne.

Ire ÉPREUVE. — Anatomie, question orale : *Du testicule.* — Nerf moteur oculaire commun. — Des oreillettes du cœur. — Paroi antéro-latérale de l'abdomen. — Substance blanche de la moelle. — Corps thyroïde. — Circonvolutions rolandiques.

IIe ÉPREUVE. — Dissection : *Muscles de la région externe de la jambe. Muscles de la région externe de l'avant-bras.*

IIIe ÉPREUVE. — Pathologie externe : *Cancer du corps thyroïde.* — Ostéosarcome des membres. — Luxation congénitale de la hanche. — Mal perforant plantaire. — Hypertrophie de la prostate. — Consolidation normale des fractures. — Fracture de la rotule.

IVe ÉPREUVE. — *Péricardite aiguë.* — Cavernes pulmonaires tuberculeuses. — Ascite. — Paralysie du nerf facial. — Pouls dans les maladies du cœur. — Purpura. — Granulie.

Ve ÉPREUVE. — Questions de garde : *Diagnostic et traitement de*

l'étranglement herniaire ; diagnostic et traitement de la colique saturnine; conduite à tenir en présence d'une présentation de l'épaule. — Diagnostic et traitement de l'accès d'angine de poitrine. — Indication de la thoracentèse d'urgence. — Diagnostic et traitement du delirium tremens. — Laryngite striduleuse, diagnostic et traitement. — Traitement de l'épistaxis.

Précautions à prendre pour le cathétérisme des prostatiques. — Premiers soins à donner aux fractures de côte. — Conduite à tenir en présence des corps étrangers de l'oreille. — Indications urgentes de la trachéotomie. — Traitement immédiat de la rétention d'urine. — Traitement des plaies du cuir chevelu.

Traitement de l'hémorrhagie au début de l'accouchement. — Traitement de la rétention placentaire à terme. — Traitement de la crise éclamptique. — Diagnostic et traitement de la procidence du cordon. — Diagnostic et traitement d'un avortement imminent. — Soins à donner à un nouveau-né en état de mort apparente.

Hôpitaux de Lyon. — Nous réparons un oubli en donnant le résultat du concours pour la nomination des pharmaciens-adjoints des hôpitaux :

Ont été nommés membres titulaires : MM. Chanoz, Delore, Veaux, Vignier, Robez-Pagillon, Pascaud, Gros, Martz, Emptoz-Falcoz. — Suppléants : MM. Loula, Guérin, Montaran, Colange, Pons, Bichon, Delorme, Petit, Carra, Nouveau, Dailly, Chevillon, Romanetto.

Statistique vitale de Lyon pendant le mois d'aout 1893
(Population : 438,077 habitants.)

Mariages ...	230 (avec contrat, 79; sans contrat, 151); divorces, 10.
Naissances..	642 (m. 351; f. 291); — mort-nés, 48.
Décès.......	731 (m. 378, f. 353).

Sur ces 731 décès il y en a eu 54 par maladies infectieuses ainsi répartis : fièvre typhoïde 23, rougeole 8, scarlatine 2, variole 0, érysipèle 2, diphtérie-croup 8, coqueluche 4, infection puerpérale 1, cholérine, 6.

Mission scientifique. — M. le docteur Rivière, de Lyon, est chargé d'une mission scientifique à Vienne et dans les principales villes de l'Autriche, à l'effet d'y étudier l'art chirurgical, particulièrement au point de vue de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie.

Officiat de santé. — Par arrêté ministériel en date du 11 octobre 1893, une session pour les examens d'officier de santé sera ouverte à l'avenir dans les premiers jours du mois de novembre près les Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. — La session d'avril pour les mêmes examens est supprimée.

Congrès international en Russie. — Le *Vratch* apprend de bonne source qu'au Congrès international de médecine de Rome on proposera, comme lieu de réunion du XII[e] Congrès international, la Russie. Si cette proposition était acceptée, Moscou serait choisie comme ville du Congrès.

Le Gouvernement russe est très favorable à cette idée, et aurait dès à présent décidé de participer dans les dépenses pour une somme de 50,000 roubles, soit 200,000 francs.

Le choléra en Russie. — Le *Journal officiel de Saint-Pétersbourg* communique les chiffres suivants sur la marche du choléra en Russie (les dates sont indiquées d'après le calendrier grégorien) :

GOUVERNEMENTS ET VILLES	DATES	MALADES	MORTS
Astrakan.............	22 août au 4 sept.	165	104
Varsovie (gouvernemt.)	29 août au 18 sept.	16	11
Varsovie (ville).......	— —	8	2
Vilna................	5 août au 18 sept.	24	8
Volyn	29 août au 11 sept.	1060	380
Voronet..............	5 sept. au 11 sept.	251	147
Grodno	5 sept. au 18 sept.	208	68
Ekaterinoslav	29 août au 11 sept.	888	371
Kazan	— —	203	98
Kostroma.............	— —	566	228
Kyrsk	— —	368	172
Lomzâ................	5 sept. au 18 sept.	583	274
Minsk	— —	152	57
Mogilew	29 août au 11 sept.	345	119
Moskou (gouvern.)....	5 sept. au 18 sept.	140	73
Moskou (ville)........	7 sept. au 22 sept.	65	28
Orel.................	5 sept au 18 sept.	285	118
Podolsk	21 août au 11 sept.	3010	1139
Samara	29 août au 11 sept.	235	118
Saint-Pétersbourg (g.).	5 sept. au 20 sept.	248	115
Saint-Pétersbourg (v.).	9 sept. au 23 sept.	664	307
Kronstadt............	12 sept. au 18 sept.	86	30
Simbirsk	29 août au 18 sept.	305	139
Tomsk	8 août au 28 août	116	67
Toula	5 sept. au 18 sept.	402	116
Kerson	— —	312	108
Tchernigow	29 août au 11 sept.	277	80
Jaroslav	5 sept. au 18 sept.	154	94

Cette liste est loin d'être complète, car nous avons omis de citer beaucoup d'autres gouvernements dont la morbidité est moins forte. Ces chiffres suffiront cependant pour donner une idée sur la marche du choléra en Russie en septembre et au commencement d'octobre. (*Vratch*, 1893, nº 39.)

Le *Génie sanitaire* a exprimé, dans son numéro du 15 septembre, des craintes au sujet de la visite de l'escadre russe à Toulon, craintes basées sur l'existence du choléra en Russie. Dans son dernier numéro, le *Vratch* déclare ces craintes peu justifiées, car il n'y a eu aucun cas de choléra sur les navires composant l'escadre.

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Octobre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
8	744	0 m	741	12 s	+17.2	2 s	+11.5	4 m	94	84	7.4	1.5	19
9	747	12 s	739	11 m	+23.4	10 m	+12.7	7 m	96	72	2.4	0.5	18
10	753	9 s	747	0 m	+20.8	11 m	+ 7.4	2 m	87	47	2.5	1.2	21
11	752	0 m	749	5 s	+21.0	2 s	+ 6.7	4 m	100	46	0.0	1.2	16
12	751	12 s	749	2 m	+22.0	11 m	+ 6.5	6 m	100	47	0.0	1.8	19
13	753	12 s	751	0 m	+22.0	12 m	+ 9.1	2 m	98	60	0.0	1.4	18
14	753	0 m	752	5 s	+20.0	1 s	+ 9.4	5 m	100	60	0.0	1.1	16

Maladies régnantes. — Mortalité stationnaire se maintenant bien au-dessous de la moyenne.

Il y a eu pendant la 41e semaine de 1893, 127 décès au lieu de 133 survenus la semaine précédente et 116 pour la période correspondante de 1892. En d'autres termes, le coefficient mortuaire annuel est tombé de 15,8 à 15,1 par mille habitants.

Les maladies zymotiques existent toujours en faible proportion ; toutes réunies, elles n'ont occasionné que 11 décès dont 4 par diphtérie et 3 par fièvre typhoïde.

Les affections aiguës des organes respiratoires tendent à augmenter : des cas de bronchites plus ou moins généralisées, quelques fluxions de poitrine.

Encore des entérites aiguës chez les jeunes enfants et des diarrhées *a frigore* chez les adultes.

Les apoplexies cérébrales et les méningites sont plus fréquentes que la semaine dernière.

Exacerbations chez les cardiaques et les phymiques.

Sur les 127 décès hebdomadaires (75 en ville, 52 dans les hôpitaux civils), 25 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 12 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 14 octobre 1893, on a constaté 127 décès :

Fièvre typhoïde....	4	Catarrhe pulmonaire	1	Affections du cœur.	12
Variole..........	0	Broncho-pneumonie	3	— des reins....	2
Rougeole.........	1	Pneumonie........	5	— cancéreuses.	10
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	2	— chirurgicales	9
Erysipèle.........	1	Phthisie pulmon...	23	Débilité congénitale	2
Diphtérie-croup...	4	Autres tuberculoses.	1	Causes accidentelles	2
Coqueluche........	1	Méningite aiguë ...	4	Aut. causes de décès	15
Affect. puerpérales	1	Mal. cérébro-spinales	17		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	4	Naissances.......	150
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	0	Mort-nés	10
Bronchite aiguë...	3	Cirrhose du foie....	1	Décès...........	127

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

DU TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE PAR LES BADIGEONNAGES DE GAÏACOL;

Par L. BARD, agrégé, médecin des hôpitaux.

I. — Depuis la première communication à la Société des sciences médicales, dans laquelle j'ai fait connaître à Lyon le procédé thérapeutique de Sciollà, les observations se sont multipliées de divers côtés et plusieurs publications ont déjà eu lieu sur ce sujet.

Le moment n'est pas encore venu de réunir dans une étude d'ensemble, et de soumettre à la critique, les faits publiés et les opinions auxquelles ils ont donné naissance, mais une première donnée est dès à présent hors de toute contestation : quel que soit le mécanisme de leur action, les badigeonnages de gaïacol produisent un abaissement presque immédiat des températures fébriles, sans déterminer aucun phénomène d'irritation cutanée, dans l'immense majorité des cas; quelques sujets, d'ailleurs très rares, présentent seuls une susceptibilité cutanée anormale pour ce médicament, mais le fait est exceptionnel et ces cas d'intolérance personnelle se rencontrent pour tous les médicaments actifs. Pour ma part, malgré le grand nombre des malades que j'ai soumis à ce traitement, je n'en ai encore rencontré qu'un seul de cette catégorie; chez lui, presque tous les badigeonnages déterminaient au bout de quelques minutes de l'érythème cutané, accompagné d'un sentiment de cuisson, souvent même ils provoquaient des vésicules assez nombreuses; il s'agissait d'un tuberculeux, qui a d'ailleurs été très amélioré, et qui, à un second séjour, quelques semaines plus tard, a pu supporter de nouveaux badigeonnages sans les mêmes inconvénients, mais non sans présenter quelquefois un peu d'érythème passager.

La possibilité d'obtenir par ce procédé thérapeutique des abaissements considérables de la température, chez presque tous les fébricitants, est maintenant hors de doute; reste à déterminer par des observations plus multipliées et plus pré-

cises quelles sont les indications du remède, quelles sont les règles qui doivent guider son emploi, et surtout quelles sont les affections ou les circonstances dans lesquelles ses propriétés peuvent exercer une influence réellement utile à la guérison. Cette seconde partie du problème est assurément la plus importante, mais elle sera aussi la plus longue et la plus difficile à résoudre.

J'ai employé les badigeonnages de gaïacol dans les affections fébriles les plus diverses, et je me propose d'exposer successivement les résultats obtenus pour chacune d'elles, au fur et à mesure que j'en posséderai des observations assez nombreuses pour pouvoir être comparées et étudiées avec fruit. Je me bornerai pour aujourd'hui à présenter, avec les réflexions qu'elles comportent, les observations des cas d'érysipèle de la face qui ont été soumis à ce traitement dans mon service. Quatre de ces cas ont été l'objet de mon observation personnelle, un autre a été suivi par M. le docteur Paliard, qui m'a remplacé pendant quelque temps. Un sixième cas d'érysipèle avait été admis dans le service pendant la même période que les précédents, mais sa bénignité et sa guérison rapide l'ont dispensé de l'application du traitement.

Pour ne pas allonger outre mesure ce mémoire, je me contenterai de publier le résumé des observations, débarrassées des longueurs et des détails inutiles. Le cas qui fait le sujet de la première observation a été déjà signalé dans mon premier mémoire sur la question.

Observation I.

C... (Jean-Marie), 50 ans, entré le *23 avril 1893*, sorti le *14 mai* (nº 2270 de ma collection).

Excellente santé antérieure. Un peu d'alcoolisme. Début par la racine du nez trois ou quatre jours avant l'entrée; éruption occupant toute la face et les oreilles, couverte de bulles et de croûtes étendues. Un peu de délire; le malade ne donne pas de renseignements précis sur la date exacte et les phénomènes du début. Langue très saburrale.

25 avril. Le gonflement est toujours très accusé, langue sèche; l'état psychique est assez bon pendant la journée, mais le soir le délire s'aggrave et on est obligé d'attacher le malade pendant la nuit.

28 avril. On fait à 2 heures de l'après-midi un badigeonnage de gaïacol de 2 grammes. La température baisse rapidement; le délire cesse et fait place à de la perte de connaissance. A 5 heures le malade est couvert de sueurs extrêmement abondantes; le pouls est un peu lent, mais

plein et tendu, les extrémités ne sont pas refroidies. Néanmoins, en présence de l'hypothermie et du grand affaissement, l'interne fait une injection sous-cutanée d'éther. A 8 heures, le malade est calme, le pouls normal, le délire habituel des soirs précédents ne s'est pas reproduit, mais la perte de connaissance persiste encore, sans présenter d'ailleurs des caractères alarmants.

29 avril. Le malade se trouve beaucoup mieux, le délire n'a pas reparu, le gonflement de la face s'est beaucoup affaissé.

2 mai. La température est restée à la normale depuis le badigeonnage; la résolution de l'érysipèle et le rétablissement de l'état général se sont faits avec une grande rapidité.

23 avril, matin	40,2	soir	40,4	
24	—	39,5	—	40,8	
25	—	40,0	—	40,3	
26	—	39,8	—	39,5	
27	—	39,9	—	40,7	
28	—	39,2	—	36,8	badigeon. unique, 2 gr.
29	—	37,4	—	38,2	
30	—	37,3	—	37,6	
1er mai	—	37,1	—	37,5	

Observation II.

M... (Michel), 17 ans, entré le *9 avril 1893*, sorti le *21 avril* (nº 2379 de ma collection).

Scrofuleux, hémophile, a eu à cinq ans un œdème généralisé ayant duré deux mois. Depuis deux ans, il a eu cinq érysipèles, assez bénins, durant en moyenne une quinzaine de jours. L'un d'eux cependant s'est accompagné d'une bronchite intense, un autre de l'apparition de seize furoncles, dont quelques-uns assez volumineux.

Début il y a deux jours. Tuméfaction modérée, état général bon; pas de délire. Les urines présentent un léger disque d'albumine.

10 août. Badigeonnage de 2 gr. à 3 heures de l'après-midi.

11 août. Idem.

13 août. La desquamation commence à apparaître sur les pommettes.

9 août	matin	»	soir	39,3	
10	—	39,5	—	39,3	1er badigeonnage, 2 gr.
11	—	38,3	—	39,7	2e badigeonnage, 2 gr.
12	—	37,2	—	37,2	
13	—	36,8	—	37,4	

Observation III.

G... (Antoine), 59 ans, entré le *31 juillet 1893*, sorti le *4 septembre* (nº 2390 de ma collection).

Bonne santé habituelle; quelques excès alcooliques.

Début, il y a quatre jours; au moment de l'entrée, le délire est agité, permanent, et il est impossible d'interroger le malade.

Le premier badigeonnage de gaïacol a lieu le jour même de l'entrée à 5 heures du soir.

5 août. On constate dans la région parotidienne et au niveau de l'angle de la mâchoire à droite une tuméfaction accentuée, dure au toucher, douloureuse, sans fluctuation. Le délire persiste, très accusé, langue très saburrale.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

4 août. L'empâtement que l'on constatait vers l'angle de la mâchoire s'est presque complètement résolu. Le malade est apyrétique et tranquille; la langue est presque normale.

28 août. Du 4 au 20 le malade a conservé une température oscillant entre 37°,5 et 38°, dépassant quelquefois légèrement 38° le soir; le 21, elle s'élève un peu, atteint 38°,7 le soir, et le malade accuse des douleurs vives dans les pieds et les genoux sans gonflement, ni rougeur apparente. Sous l'influence de 4 gr. de salicylate de soude la température est revenue à la normale en quelques jours et les douleurs ont disparu.

On ne constate plus d'albumine dans les urines.

31 juillet,	matin	»	soir	40,0	1er badigeonnage, 2 gr.
1er août	—	38,6	—	38,5	2e et 3e bad., 1 gr. chaque.
2	—	37,5	—	40,0	4e badigeonnage, 1 gr.
3	—	39,5	—	39,6	5e et 6e bad., 2 gr. chaque
4	—	37,8	—	38,2	
5	—	37,8	—	38,2	

Observation IV.

B... (Constantin), 53 ans, entré le *28 juillet 1893*, sorti le *6 septembre* (n° 2391 de ma collection).

Robuste, quelques excès alcooliques.

Début, il y a quatre jours; le lendemain il s'endormit sur un parapet du quai du Rhône et fit une chute sur le bas-port; on le releva sans qu'il eût perdu connaissance; depuis ce moment, douleurs de la nuque et impossibilité de mouvoir le cou. La face présente, outre l'érysipèle, plusieurs plaies contuses superficielles, restes de sa chute, quelques phlyctènes.

Somnolence continuelle, insomnie, un peu de délire, l'état général paraît grave. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

1er août. Les badigeonnages ont été commencés le 29; la tuméfaction a diminué; langue saburrale; croûtes épaisses sur les contusions.

Le délire persiste, et l'état général, quoique amélioré, est encore peu satisfaisant.

5 août. L'état général est excellent, la langue a repris son aspect presque normal; néanmoins le malade a présenté ce matin encore un peu de délire tranquille.

28 juillet,	matin	»	soir	40,2	
29	—	40,2	—	40,2	1er badigeonnage, 2 gr.
30	—	39,0	—	39,3	2e et 3e bad., 1 gr.
31	—	39,2	—	40,2	4e et 5e bad., 2 gr.

1er août	—	39,2	—	39,9	6e et 7e bad., 2 gr.
2	—	39,0	—	38,8	8e et 9e bad., 2 gr. et 1 gr.
3	—	38,0	—	37,8	
4	—	37,7	—	37,2	
5	—	37,0	—	37,1	

Observation V.

M... Auguste, 23 ans, entré le *23 juillet 1893*, sorti le *10 août* (n° 2367 de ma collection).

Robuste, pas d'alcoolisme. Au mois de mai dernier, rhumatisme articulaire aigu qui l'obligea à garder le lit pendant trois semaines.

Il y a huit jours, apparition de rougeur et de tuméfaction au niveau du pavillon de l'oreille gauche, sur la face externe duquel existait une excoriation. En même temps phénomènes généraux ; la rougeur et la tuméfaction envahirent peu à peu, d'abord la joue gauche, puis le côté opposé du visage. Quelques phlyctènes. Prostration accusée ; langue sèche, rôtie, fendillée.

Les urines foncées, peu abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

24 juillet. La tuméfaction est considérable ; la langue est sèche. Prostration, mais pas de délire. L'état général paraît grave.

27 juillet. Le gonflement de la face a notablement diminué ; large phlyctène sur l'oreille droite. La desquamation commence à se produire.

La langue est humide, l'état général meilleur.

29 juillet. Depuis que les badigeonnages ont été faits avec 2 gr., ils provoquent des sueurs abondantes, qui obligent chaque fois à changer la chemise du malade et même les draps de lit ; ces sueurs persistent pendant une heure environ.

La langue est sale, mais humide, l'état général bon.

La desquamation est en pleine activité sur toute la surface érysipélateuse.

1er août. Les cheveux sont couverts de croûtes épaisses. Abcès assez étendu de la paupière supérieure droite qu'on ouvre aujourd'hui.

5 août. On ouvre un petit abcès dermique au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche et un plus volumineux en arrière de l'oreille droite.

10 août. La température n'a été normale qu'un seul jour, elle est subfébrile depuis ; le 7 elle est montée brusquement à 40° pour redescendre à 38° dès le lendemain.

L'état général est bon, mais on constate six abcès du cuir chevelu, dont les dimensions varient de la grosseur d'une noix à celle d'une mandarine. On fait passer le malade en chirurgie où il a guéri assez rapidement.

22 juillet, matin		»	—	40,6	
23	—	39,5	—	39,8	
24	—	40,4	—	40,7	1er et 2e bad., 1 gr.
25	—	39,7	—	40.7	3e et 4 bad., 1 gr. et 2 gr.
26	—	39,6	—	40,7	5e et 6e bad., 2 gr.
27	—	39,7	—	40,3	7e et 8e bad., 2 gr.
28	—	39,2	—	40,7	9e et 10e bad., 2 gr.
29	—	38,9	—	38,0	11e bad., 2 gr.
30	—	37,0	—	36,9	
31	—	37,3	—	37,9	

Températures modifiées par les badigeonnages.

BADIGEONNAGES	DATES	Heures	Doses (en gr.)	Températ. avant	Après 1 heure	Après 2 heures	Après 3 heures	Après 4 heures	Abaissement
Observ. I.									
1er badigeonnage.	28 août	2 s	2	39,0	37,5	36,5	36,8	37,4	2,5
Observ. II.									
1er badigeonnage	10 août	3 s	2	39,3	38,5	37,4	37,7	»	1,9
2e —	11 —	3 s	2	39,7	38,6	37,6	37,9	»	2,1
Observ. III.									
1er badigeonnage.	31 juillet	5 s	2	40,0	40,0	39,9	39,7	39,5	0,5
2e —	1er août	7 m	1	38,6	38,4	38,0	38,0	38,5	0,6
3e —	—	2 s	1	38,5	38,3	37,8	37,6	37,6	0,7
4e —	2 —	3 s	1	38,7	39,0	40,0	39,4	39,2	+1,3
5e —	3 —	8 m	2	39,0	39,1	39,2	39,4	39,5	+0,5
6e —	—	2 s	2	39,6	38,9	38,6	37,8	37,5	2,1
Observ. IV.									
1er badigeonnage.	29 juillet	2 s	2	40,2	39,5	38,9	38,3	38,2	2,0
2e —	30 —	11 m	2	39,0	38,5	38,3	38,8	39,0	0,7
3e —	—	4 s	2	39,3	39,1	38,2	38,3	39,0	1,1
4e —	31 —	8 m	2	39,2	38,8	38,0	37,9	38,1	1,3
5e —	—	3 s	2	40,1	40,2	40,2	40,2	40,0	+0,1
6e —	1er août	7 m	2	39,2	39,1	38,9	39,0	40,0	0,3
7e —	—	2 s	2	39,9	39,8	38,8	38,1	38,3	1,8
8e —	2 —	8 m	2	39,0	38,5	37,6	37,3	37,5	1,7
9e —	—	3 s	1	38,8	38,7	38,2	37,5	37,6	1,3
Observ. V.									
1er badigeonnage	24 juillet	10 m	1	40,3	39,9	40,0	40,0	40,1	0,4
2e —	—	6 s	1	40,7	40,2	39,8	40,5	»	0,9
3e —	25 —	5 m	1	39,7	39,7	39,6	39,9	40,0	0,1
4e —	—	12 m	2	40,6	39,8	39,9	40,6	40,7	0,8
5e —	26 —	8 m	2	39,6	40,2	38,8	38,3	39,5	1,3(1,9)
6e —	—	5 s	2	40,5	40,7	39,0	38,4	38,6	2,1(2,3)
7e —	27 —	11 m	2	39,8	39,7	37,3	38,0	39,8	2,5
8e —	—	5 s	2	40,0	40,2	39,1	38,0	38,6	2,2
9e —	28 —	8 m	2	39,1	38,1	37,7	37,0	38,1	2,1
10e —	—	5 s	2	39,7	39,5	39,3	37,4	37,9	2,3
11e —	29 —	8 m	2	38,9	38,2	37,2	37,8	»	1,7

Les cinq observations qui précèdent permettent de se rendre un compte suffisant des effets des badigeonnages de gaïacol, sur les malades atteints d'érysipèle de la face. Il importe de distinguer et d'examiner séparément, d'une part, les effets immédiats du médicament sur la fièvre, d'autre part,

l'influence générale et l'action utile qu'il a pu exercer sur la marche même de la maladie.

II. — Sur ces cinq malades, on a fait au total 29 badigeonnages, dont 22 de 2 grammes et 7 de 1 gramme seulement.

Sur ces 29 badigeonnages, 23 ont déterminé des abaissements de température, qui ont commencé à se produire dès la première heure et qui ont varié de 0°,3 à 2°,5, pour les badigeonnages de 2 grammes, et de 0°,1 à 1°,3 pour ceux de 1 gramme.

3 badigeonnages, tous les trois de 2 grammes, ont déterminé des abaissements qui ont varié de 1°,3 à 2°,1, mais après avoir été suivis pendant la première heure d'une élévation préalable qui a varié de 0°,2 à 0°,6. Ces trois badigeonnages ont porté sur le même malade, celui de l'observation V, le cas le plus grave et le plus prolongé. On pourrait penser au premier abord que les badigeonnages peuvent, dans certains cas exceptionnels, déterminer par eux-mêmes une élévation temporaire de la température; mais l'examen attentif de ces faits, et de ceux dont il me reste à parler, montre plutôt que, l'action des badigeonnages ne s'exerçant qu'après un certain délai, l'élévation constatée est simplement le fait de l'ascension normale de la fièvre.

3 badigeonnages ont été suivis d'une élévation plus ou moins accusée qui n'a été suivie elle-même d'aucun abaissement. Dans deux d'entre eux l'élévation a été négligeable et paraît être manifestement le fait de l'ascension normale de la fièvre; dans l'un d'eux l'ascension n'a été que de 0°,1, après laquelle la température est restée stationnaire plusieurs heures; dans le second, elle s'est montrée de 0°,1 après une heure, et a continué à s'élever de 0°,1 par heure environ jusqu'au badigeonnage suivant; par contre celui-ci, fait six heures après le premier, a produit un abaissement de 2°,1. Dans ces deux cas on avait employé 2 grammes et on n'a pu démêler à quelle cause il fallait attribuer cette absence de l'action antithermique habituelle.

Dans le troisième cas, le badigeonnage avait été fait avec 1 gramme seulement et l'élévation a atteint 1°,3 en deux heures. Là encore l'élévation a été indépendante du médi-

cament; en consultant la courbe, on constate que la température avait été abaissée à la normale en deux jours par 3 badigeonnages; puis, après une matinée d'apyrexie, la fièvre avait repris une marche ascendante, sous l'influence d'un empâtement diffus qui venait de se produire dans la région parotidienne et qui a fait craindre une parotidite suppurée. Le badigeonnage survenu au moment de cette rechute, d'ailleurs fait à faible dose, a été impuissant à arrêter l'ascension que les badigeonnages suivants devaient rapidement enrayer et faire disparaître.

On peut conclure de ce qui précède que l'action antithermique peut exceptionnellement faire défaut, que la marche ascensionnelle de la température peut n'être pas enrayée, surtout si l'on se trouve au moment d'une recrudescence liée à quelque complication, mais que rien ne permet de penser que le badigeonnage puisse présenter parfois une action paradoxale et élever par lui-même la température fébrile.

L'abaissement de la température se fait ordinairement avec une grande rapidité; il se dessine à peine pendant la première heure; il se précipite ensuite, de façon à atteindre son maximum d'intensité pendant le cours de la seconde ou de la troisième heure. Il cesse de même rapidement, de telle sorte que sur les 26 badigeonnages qui ont provoqué des abaissements, la descente avait fait place au début de la réélévation : 2 fois après 2 heures, 10 fois après 3 heures, 9 fois après 4 heures, 1 fois après 5 heures; dans 4 autres cas, la réascension n'était pas commencée après 4 heures, et les températures n'ayant pas été prises plus longtemps, on ne peut dire combien de temps elle s'est fait attendre. Ces chiffres montrent que l'abaissement atteint son maximum, dans la grande majorité des cas, après 2 ou 3 heures, et que la réascension commence à se dessiner après 3 ou 4 heures.

La dose, qui a une influence manifeste sur le chiffre de l'abaissement, ne paraît pas avoir une influence aussi accusée sur sa durée, car sur les 6 badigeonnages faits à 1 gramme, nous en trouvons 1 dans le premier groupe, 2 dans le deuxième, 2 dans le troisième et 1 dans le quatrième.

La présence d'une ascension passagère pendant la première heure paraît avoir pour effet de retarder un peu l'abaissement et la réascension sans en diminuer la puissance. Dans les

trois cas de cette nature, la réascension a commencé 2 fois après 4 heures, 1 fois après 5 heures.

La rapidité de l'ascension est des plus variables ; je ne puis pas donner sur ce point de renseignements précis, parce que les températures n'étaient en général prises avec régularité que pendant les quatre heures qui suivaient le badigeonnage, délai suffisant pour constater le maximum de l'abaissement, mais presque toujours insuffisant pour apprécier la réascension. Celle-ci paraît être d'autant plus rapide qu'elle commence plus tôt; dans quelques cas, la température initiale était déjà atteinte ou même dépassée après 3, 4 ou 5 heures; le plus souvent elle était encore loin de l'être au moment de la dernière température prise.

Le retard de la réascension ne présente pas de rapport constant avec le degré de l'abaissement, on constate à ce point de vue d'assez grands écarts; cependant, en moyenne, la réascension est d'autant plus retardée que l'abaissement a été plus fort, comme il résulte des chiffres suivants : l'abaissement moyen a été de 0°,6 pour les cas du premier groupe, de 1°,28 pour ceux du deuxième, de 1°,75 pour ceux du troisième, mais il est vrai de 1°,52 pour ceux du quatrième.

Enfin, et c'est là un fait d'une grande importance pratique, il est très manifeste que le chiffre de l'abaissement est en rapport très net et presque constant avec la proximité de la défervescence définitive. Ce rapport se révèle avec les mêmes caractères, soit qu'on compare les malades entre eux, soit qu'on compare le résultat des divers badigeonnages chez un même malade; il y a cependant quelques résultats discordants, et cette remarque ne s'applique qu'au plus grand nombre des cas.

Dans l'observation I, où un seul badigeonnage a amené la défervescence définitive, l'abaissement avait été de 2°,5, le chiffre le plus élevé qui ait été constaté dans les 26 badigeonnages suivis d'effet. Dans l'observation II, où 2 badigeonnages ont suffi, le premier a déterminé un abaissement de 1°,3, le second de 2°,1.

Dans l'observation III, les 3 premiers badigeonnages donnent une moyenne de 0°,6; les 2 suivants n'ont pas

d'action par le fait d'une complication intercurrente; le dernier donne 2°,1.

Dans l'observation IV, les 5 premiers donnent une moyenne de 1°,08, les 3 derniers de 1°,6.

Dans l'observation V, les 5 premiers donnent une moyenne de 0°,7; les 6 derniers de 2°,13; il est vrai que la différence est ici un peu trop accusée, par ce fait que les 3 premiers badigeonnages ont été faits avec 1 gramme seulement, tandis que tous les autres l'ont été avec 2 grammes.

Les chiffres qui précèdent montrent que le degré de l'abaissement peut être pris en sérieuse considération, au point de vue du pronostic et de l'appréciation de la durée probable de la fièvre. Cette donnée s'explique sans doute par ce fait que la fièvre est moins tenace, et par suite offre une moindre résistance à l'action du médicament, dans les cas les moins sévères, ainsi qu'aux approches de la défervescence.

L'albuminurie n'est pas une contre-indication, elle existait dans trois cas et était considérable dans l'un d'eux; dans tous elle a disparu après la chute de la fièvre, et les badigeonnages n'ont présenté à ce point de vue aucun inconvénient.

Toutes les conclusions qui précèdent ne s'appliquent, bien entendu, qu'à l'affection que nous étudions, c'est-à-dire ne valent que pour le traitement de l'érysipèle de la face.

(La fin au prochain numéro.)

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA RÉPARATION DES VASTES PERTES DE SUBSTANCE DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE ET DE L'URÈTHRE;

Par M. Maurice POLLOSSON,

Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Nous avons eu, dans le cours de l'année dernière, deux fois l'occasion de traiter des femmes entrées à l'Hôtel-Dieu pour des pertes de substances portant sur la cloison vésico-vaginale et la paroi inférieure de l'urèthre, intéressant par conséquent le col de la vessie, pertes de substance survenues pendant le travail dans les conditions habituelles aux fistules vésico-vaginales.

Dans l'un des deux cas, le plus simple, la fistule intéressait le col vésical : en avant de l'orifice l'urèthre existait sur une longueur de trois à quatre centimètres. Nous fîmes l'opération classique de la fistule vésico-vaginale : après avivement, la lèvre antérieure de la perforation fut suturée à la lèvre postérieure ; la fistule guérit, mais il persista une incontinence d'urine. Nous cherchâmes à obtenir un rétrécissement du canal par une cautérisation au thermo-cautère; la femme quitta l'Hôtel-Dieu avant que nous ayons pu constater le résultat définitif. Nous ne l'avons pas revue, et ne savons pas si l'incontinence a persisté ou si elle a plus ou moins disparu.

Dans le second cas, beaucoup plus complexe, les tentatives faites dans le sens des opérations habituelles de fistule vésico-vaginale échouèrent, et je dus avoir recours à un procédé que je décrirai plus bas. Mais auparavant je vais indiquer les particularités de la lésion.

Voici quelle était la disposition et l'étendue de la perte de substance. Toute la paroi inférieure de l'urèthre était absente, à l'exception d'une mince bandelette transversale au voisinage du méat, bandelette qui ne faisait que gêner la restauration et que je dus supprimer, ou du moins sectionner d'avant en arrière d'un coup de ciseau. La perte de substance de la vessie, qui faisait suite à la précédente et intéressait par conséquent le col et la partie adjacente de la paroi inférieure de la vessie, avait la forme d'un U à concavité antérieure, dont les branches auraient été écartées de 3 à 4 centimètreset à dimension antéro-postérieure de 4 cent. On arrivait pourtant à rapprocher les bords droit et gauche de la perforation vésicale, mais cela ne s'exécutait pas sans une certaine tension. Du côté de l'urèthre, il n'y avait pas de vertiges des parois à rapprocher, si ce n'est à la partie antérieure, et on se trouvait en présence d'un véritable hypospadias traumatique.

Dans leur ensemble les deux pertes de substance, la vésicule et l'uréthrale, figuraient la coupe d'une bouteille. Mais, si je puis m'exprimer ainsi, le corps et le goulot de la bouteille n'étaient pas en continuité directe; les deux coupes étaient dans des plans différents. Il n'y avait pas continuité directe entre le contour de la perforation vésicale et la perte

de substance de l'urèthre. Les deux extrémités de l'U, représentant la perforation vésicale, allaient comme se perdre sur les branches ischio-pubiennes. Les bords de la perte de substance de l'urèthre aboutissaient aux mêmes branches sur un plan plus antérieur. Dans l'intervalle des deux plans, il existait de chaque côté, sur les branches ischio-pubiennes, comme une rigole au niveau de laquelle la muqueuse vulvaire était plaquée sur le squelette. C'est à ce niveau que la perte de substance avait le plus d'étendue transversale et les tissus ne se prêtaient pas du tout au rapprochement. Cette disposition, que j'ai rencontrée dans un autre cas moins complexe de perforation du col vésical, augmentait beaucoup les difficultés de la réparation.

Mon premier plan opératoire fut le suivant : je fermerais d'abord la perforation vésicale d'arrière en avant par les procédés habituels de suture appliqués à la fistule vésico-vaginale, en m'aidant au besoin de débridements latéraux diminuant la tension des parties. Plus tard, je réparerais le canal de l'urèthre aux dépens de la muqueuse vulvaire et des petites lèvres. J'exécutai alors en deux années une série d'opérations, une dizaine, je crois; mais, bien que je me fusse contenté de gagner peu à chaque tentative, bien que j'eusse fait des débridements, je n'obtins pas un résultat satisfaisant. Il m'arrivait même de perdre à une opération ultérieure ce que j'avais gagné à la précédente.

Je me déterminai alors à recourir à d'autres principes d'autoplastie et j'exécutai, en une seule séance, une opération destinée à réparer à la fois les deux pertes de substance uréthrale et vésicale. Mon procédé opératoire, tout en empruntant à des procédés déjà décrits, présenta toutefois des particularités qui méritent d'être signalées. Il repose sur deux principes : le principe du dédoublement et le principe de la doublure muqueuse des surfaces cruentées; toutefois, c'est pendant l'opération que je conçus l'idée de cette seconde modification.

Pour la commodité de la description, je le diviserai en quatre temps :

Premier temps : *Incisions de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vulvaire.* — L'incision de la muqueuse vaginale a été pratiquée près de la jonction des muqueuses vési-

cale et vaginale, sur cette dernière ; elle a suivi par conséquent une ligne curviligne en U correspondant aux limites de la perte de substance de la cloison vésico-vaginale, et les extrémités de l'U aboutissaient aux branches ischio-pubiennes. A partir de ces points, deux incisions, l'une gauche, l'autre droite, furent conduites d'arrière en avant jusqu'au niveau de l'ancien méat urinaire, marchant parallèlement et interceptant entre elles une bande des muqueuses uréthrale et vulvaire d'environ huit millimètres de largeur : ces deux incisions répondaient à peu près à la partie interne du bord adhérent des grandes lèvres. La bande de muqueuse comprise entre les deux incisions parallèles était destinée à devenir la future muqueuse uréthrale.

Aux incisions précédentes, figurant dans leur ensemble la section verticale d'une bouteille ou ballon de verre avec son goulot, j'en ajoutai une autre destinée à favoriser le dédoublement, incision antéro-postérieure médiane faite sur la cloison vagino-vésicale, tombant sur le milieu de la convexité de l'incision précédente et s'étendant d'avant en arrière du bord de la perte de substance à trois centimètres en arrière.

DEUXIÈME TEMPS : *Dédoublement de la cloison vésico-vaginale et dissection de la muqueuse vulvaire.* — Le dédoublement de la cloison vésico-vaginale a consisté à disséquer par sa face profonde la muqueuse vaginale à partir de l'incision faite suivant les bords de la perte de substance et de l'incision médiane sur une assez grande étendue, quatre centimètres en arrière, un peu moins en avant. Pour rendre cette dissection plus aisée, je saisis avec des pinces hémostatiques la muqueuse vésicale sur le bord de l'U et la fis tendre par un aide. Il n'y eut pas d'hémorrhagie notable. Je veillai dans cette dissection à ne pas m'égarer du côté de la muqueuse vésicale et à bien suivre la face profonde de la muqueuse vaginale que je tendais de la main gauche avec une pince à griffes.

La dissection de la muqueuse vulvaire fut faite de chaque côté de dedans en dehors sur une largeur de un centimètre. Elle porta sur la face profonde de la muqueuse et elle me conduisit dans l'épaisseur même de la petite lèvre, surtout à droite, côté sur lequel la perte de substance était un peu plus étendue.

J'obtins ainsi deux lambeaux figurant des triangles très allongés à base externe curviligne : de temps en temps, je rapprochai les lambeaux l'un de l'autre pour voir si leurs surfaces cruentées pouvaient être rapprochées sans tiraillement.

TROISIÈME TEMPS : *Suture des lambeaux vaginaux et vulvaires.* — Les deux lambeaux mis en contact par leur face profonde, je fis d'arrière en avant une série de sutures à points séparés avec du fil métallique. Je me sers toujours du fil métallique dans les opérations de fistule vésico-vaginale : il est facile de le rendre aseptique; quoique fin, il présente une grande solidité; enfin, c'est avec lui qu'on fixe le rapprochement avec le plus de précision, la torsion étant sous ce rapport bien supérieure à l'action de nouer.

Cette suture achevée, la perte de substance vésicale était fermée et un nouveau canal uréthral de quatre centimètres de longueur environ reconstitué.

J'avais primitivement l'intention de limiter mon opération à ces trois temps, lorsque, par une sorte de hasard, je fus amené à ajouter un quatrième temps qui me semble un perfectionnement.

QUATRIÈME TEMPS : *Doublure du nouveau canal par la muqueuse vésicale.* — Représentons-nous la disposition de la muqueuse vésicale et de la plaie après les trois temps ci-dessus décrits. Par suite de la dissection des lambeaux triangulaires vaginaux, la paroi vésicale est cruentée et libérée par sa face profonde sur une surface correspondant à la surface de ces lambeaux. Le bord de cette paroi correspondant au bord de l'ancienne perte de substance est assez profondément situé dans la nouvelle cavité vésicale. La portion libérée de la paroi vésicale est comme détendue et même plissée par suite du rapprochement des lambeaux vaginaux.

D'un autre côté, les faces cruentées des lambeaux vaginaux, dépourvus de muqueuse à leur face profonde, font maintenant paroi à la cavité vésicale et seront en contact avec l'urine. En avant le canal uréthral est constitué en haut par une muqueuse, ancienne muqueuse uréthrale et muqueuse vulvaire voisine; sur sa paroi inférieure par la face cruentée des lambeaux vulvaires.

Étant données ces dispositions, jusqu'à cicatrisation complète l'urine passera sur une plaie assez étendue, ce qui est une condition défavorable.

J'avais laissé en place une des pinces hémostatiques par lesquelles j'avais fixé pour la tendre la muqueuse vésicale, et elle figurait comme une sonde passant par le nouveau canal. La tirant en avant, je fis la remarque que la muqueuse vésicale suivait grâce au dédoublement de la cloison et pouvait être amenée sans tiraillement notable jusqu'au nouvel orifice uréthral. Sans me préoccuper de la disposition vicieuse et peu régulière d'adaptation de la face profonde de cette muqueuse ainsi attirée avec le nouveau canal, je la fixai en avant au pourtour du méat qui fut ainsi bordé de muqueuse sur toute sa circonférence. C'est cette manœuvre qui constitue le quatrième temps de mon procédé.

J'avoue franchement que je ne me rends pas parfaitement compte de la disposition prise par le contour de la muqueuse vésicale à la suite de cette traction. Je ne crois pas que ce contour soit venu par toute son étendue jusqu'au niveau du méat, et je pense n'avoir attiré jusqu'au méat que les parties latérales les plus antérieures de ce contour. Je n'en suis pas moins arrivé à doubler par la muqueuse vésicale toutes les surfaces cruentées qui auraient fait paroi à la vessie et à l'urèthre.

J'avais à craindre que l'accolement ne se fit pas entre les faces profondes, cruentées des muqueuses vagino-vulvaire et vésicale : il n'en fut rien. La réunion immédiate eut lieu, et dès l'opération et après, les deux surfaces vésicale et uréthrale furent garnies d'une muqueuse grâce à ce glissement et cette traction en avant de la muqueuse vésicale jusqu'au méat.

Une sonde à demeure en caoutchouc rouge fut laissée à demeure dans la vessie. Elle fut fixée de la manière suivante, imitée du procédé conseillé par M. Poncet pour la fixation de la sonde à demeure chez l'homme. Je traversai une des grandes lèvres avec un fil métallique que je transformai en anneau en le tordant. Un fil métallique traversant la sonde fut passé dans le susdit anneau et tordu lui-même. Des injections boriquées furent pratiquées plusieurs fois par

jour dans la vessie. Au bout de douze jours j'enlevai les fils : les sutures étaient en bon état et la réunion effectuée. A la suite de cette dernière opération, l'état de la malade fut amélioré en ce sens qu'elle retenait ses urines quelques heures au lit. Mais elle les perdait comme auparavant dans la station debout. Cette incontinence tenait à l'absence de sphincter vésical, et une opération complémentaire pour diminuer le calibre de l'urèthre sera nécessaire. La malade, qui venait de subir dans son dernier séjour deux opérations successives, me demanda de renvoyer à quelques mois cette nouvelle intervention ; elle doit revenir un de ces jours à l'Hôtel-Dieu.

On est frappé de l'analogie qui existe entre ce procédé et le procédé de dédoublement de Lawson Tait pour la périnéorrhaphie ou les fistules vésico-rectales. Et en fait on obtient un résultat qui rappelle le rétablissement du périnée. Au moment où la malade quitta l'hôpital, nous fîmes un examen des parties et nous fûmes frappés de ce qu'elle paraissait avoir deux périnées, l'un postérieur et normal étendu de l'anus à la vulve, l'autre antérieur et artificiel, résultat de notre opération, étendu de la vulve au canal de l'urèthre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

DE L'EMPLOI DE LA MALLÉINE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORVE.

Nous empruntons à la *Gazette des hôpitaux de Paris* quelques extraits d'un rapport de M. Alexandre présenté à l'Académie par M. Nocard et relatant les expériences sur la malléine.

La malléine est un extrait glycériné des cultures du bacille de la morve stérilisé par la chaleur.

Deux vétérinaires russes, Kölning (de Dorpat), puis Hellmann (de Saint-Pétersbourg), s'emparant des travaux de Koch sur la tuberculine, ont montré, les premiers, que l'extrait des cultures de morve (la malléine), introduit dans l'économie par la voie sous-cutanée, dans des conditions dé-

terminées, provoque toujours chez les chevaux affectés de morve une réaction fébrile intense, une élévation notable de la température normale, et que ces phénomènes ne se manifestent pas chez les chevaux sains.

De son côté, M. Nocard expérimentait une malléine préparée à l'Institut Pasteur par M. le professeur Roux ; il vérifiait par de nombreuses expériences les faits annoncés par les vétérinaires russes ; voici ses conclusions :

1° L'injection sous-cutanée de la malléine à la dose de un quart de centimètre cube (2 centimètres cubes et demi de la solution au dixième) provoque, chez les seuls animaux morveux, une réaction fébrile intense, accusée dès la huitième heure, durant toujours plusieurs heures.

2° Si l'élévation de la température provoquée par la malléine est supérieure à 2 degrés, on peut, par cela seul, déclarer l'animal morveux ; quand l'hyperthermie est comprise entre 1°,5 et 2 degrés, on peut encore dire que l'animal est morveux, si l'œdème consécutif à l'inoculation est considérable, si surtout la température est encore, après 24 heures, notablement élevée. L'élévation comprise entre 1° et 1°,5 doit faire considérer l'animal comme suspect.

Quand elle n'atteint pas 1 degré, l'animal doit être considéré comme sain.

3° Dans toute écurie infectée, il serait très avantageux, pour le propriétaire, comme pour le Service sanitaire, de soumettre à l'épreuve de la malléine tous les chevaux contaminés ; on surveillerait de plus près, on abattrait ou tout au moins on pourrait séquestrer ceux qui donneraient la réaction caractéristique ; en tout cas la morve ne ferait pas de nouvelles victimes.

Ces conclusions de M. Nocart se trouvent pleinement confirmées par l'expérience qui a été faite en grand, à la Compagnie des voitures de l'*Urbaine*.

Voici la conclusion générale que tire M. Alexandre de cette expérience :

Pendant le dernier trimestre de 1892 :

4,348 chevaux appartenant à la Compagnie l'*Urbaine*, présentant tous les signes extérieurs de la santé, ont été soumis aux injections révélatrices de la malléine.

562 dénoncés par cette substance ont été sacrifiés, et l'au-

topsie a démontré la précision du diagnostic porté par la malléine.

4 n'ont été reconnus morveux qu'après une deuxième injection de malléine.

4 ont paru réfractaires.

Cette infime proportion peut être considérée comme une quantité négligeable et permet de proclamer l'excellence de la malléine.

REVUE DES LIVRES

Maladies infectieuses et parasitaires des os,
par Michel Gangolphe. Un vol. Paris, 1894, chez G. Masson.

Sous ce titre, M. Gangolphe vient de faire paraître un magnifique volume de 700 pages, orné de 97 figures. Il nous semble impossible dans une analyse sommaire d'indiquer tous les enseignements que renferme ce livre où l'on trouvera une étude complète et méthodique des maladies infectieuses et parasitaires des os. L'auteur, comme il le fait remarquer lui-même, a largement puisé dans l'œuvre magistrale de M. le professeur Ollier; mais, grâce à ses travaux antérieurs, il a pu imprimer à son œuvre un cachet original.

Pour faciliter la compréhension des phénomènes pathologiques, M. Gangolphe a jugé à propos, et avec raison, d'accorder de larges développements préliminaires à des données générales d'anatomie et de physiologie. Nous signalerons, comme faisant suite à d'importants chapitres, ceux consacrés à la description de la forme, des rapports et du rôle des cartilages de conjugaison, de la nutrition du tissu osseux et des greffes; la greffe hétéroplastique, nous dit-il, pourra peut-être à l'avenir rendre de fréquents services, mais il faut, toutes les fois que cela est possible, donner la préférence au lambeau ostéo-cutané.

Sous la dénomination de maladies infectieuses et parasitaires des os, M. Gangolphe comprend les affections du squelette généralement attribuées à l'action d'agents pathogènes plus ou moins élevés en organisation, microbes ou parasites; aussi décrit-il successivement les lésions osseuses dues à la tuberculose, aux diverses variétés d'ostéomyélites

dites infectieuses, à la lèpre, à la syphilis, aux kystes hydatiques et à l'actinomycose.

Avant d'aborder l'étude des infections osseuses, l'auteur consacre un chapitre plein d'intéret et d'actualité aux processus infectieux en général. On y trouvera indiquées les conditions générales et locales qui président au développement des maladies infectieuses des os, les modes d'action des agents pathogènes, les lésions immédiates ou éloignées, les phénomènes destructifs et réactionnels qu'ils déterminent.

De longs et importants articles sont destinés à la description de la tuberculose osseuse. Après avoir exposé l'historique de la question et montré l'heureuse influence qu'ont exercée sur la thérapeutique les découvertes bactériologiques contemporaines, l'auteur rappelle que c'est à Ollier que revient l'honneur d'avoir institué, en se basant sur des données absolument scientifiques, une méthode permettant de conserver des membres jusqu'alors impotents et sacrifiés, et cela bien avant la période antiseptique.

On lira une étude minutieuse des lésions histologiques de la tuberculose circonscrite ou diffuse de l'os, du périoste, des cartilages. L'auteur n'oublie pas d'attirer l'attention sur les propriétés pathologiques du bacille de Koch : qu'il s'agisse, dit-il, d'observation clinique ou anatomo-pathologique, on ne doit pas se contenter d'un seul signe, aussi faut-il adjoindre les caractères tirés des inoculations et de la bactériologie à ceux relevant de l'anatomie pathologique.

Plusieurs des pages suivantes sont réservées aux lésions éloignées, aux atrophies ou déformations dues à la tuberculose osseuse, aux lésions viscérales et séreuses dues soit à l'envahissement de proche et proche, soit à la généralisation, soit encore à la suppuration prolongée. Des notions étiologiques ont été recherchées spécialement dans notre contrée lyonnaise et l'auteur démontre combien est fréquente la tuberculose ostéo-articulaire chez les vieillards de la Croix-Rousse.

La tuberculose osseuse présente en général une évolution sourde et insidieuse, la douleur qui l'accompagne appartient à une période relativement avancée de l'affection, elle est souvent l'indice d'une complication, aussi M. Gangolphe s'applique-t-il à mettre en évidence les symptômes locaux

subjectifs. Les attitudes vicieuses consécutives, les troubles fonctionnels ou trophiques, font l'objet de considérations approfondies.

Le traitement de la lésion osseuse et de ses dépendances, les interventions éloignées donnent lieu à d'intéressants développements, et l'auteur expose les indications générales des différentes méthodes, les résultats sur lesquels pourra compter le chirurgien.

L'ostéomyélite infectieuse des adolescents est étudiée attentivement. M. Gangolphe, après avoir tracé le tableau général de l'affection, signale les particularités que présentent les lésions suivant la région. Il s'attache à montrer les modifications imprimées aux lésions par la différence des agents infectieux, ce qui l'amène à aborder la question des ostéomyélites infectieuses post-fébriles.

Après avoir passé en revue les différentes lésions osseuses consécutives à la fièvre typhoïde, à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, il décrit les complications que l'on a observées du côté du squelette dans l'influenza, la pneumonie, la blennorrhagie... La suppuration dans les fractures simples constitue un paragraphe plein d'intérêt et généralement laissé dans l'ombre par les auteurs.

La périostite albumineuse devait attirer l'attention de M. Gangolphe : il pense qu'elle peut être causée, tantôt par une infection microbienne atténuée, tantôt par la transformation d'une poche purulente.

Certaines recherches de l'auteur, devenues aujourd'hui classiques, lui ont permis de tracer un remarquable tableau de la syphilis osseuse. Il nous indique les symptômes cliniques spéciaux, les signes qui caractérisent l'affection. Pour lui, l'existence d'une ostéo-arthrite syphilitique tertiaire à type osseux est hors de doute, et il insiste sur les périodes de début, d'état et de guérison. Les caractères de l'ostéomyélite gommeuse tertiaire étant bien établis, il examine les localisations osseuses de la syphils secondaire et de la syphilis héréditaire.

Quant aux lésions héréditaires tardives, elles ne sont reconnaissables qu'au cachet particulier que leur imprime l'âge auquel elles se développent, il est donc impossible de distinguer anatomiquement l'ostéosyphilose héréditaire tar-

dive de celle qui résulte d'une contamination dans les premières années de la vie.

De longs chapitres sont consacrés aux kystes hydatiques et à l'actinomycose. L'auteur a mis en lumière les lésions osseuses actinomycosiques qui sont secondaires à des infections pulmonaires ou des voies digestives ; au contraire, les lésions hydatiques sont primitives et déterminées par des embolies.

Par ce court aperçu nous avons essayé de montrer la haute valeur du travail de M. Gangolphe. Ce traité, écrit en style clair et précis, comble une lacune et sera bien accueilli de tous. Son auteur continue les traditions de notre école, et à son tour, tout en vulgarisant l'enseignement chirurgical lyonnais, il a fait une œuvre personnelle, originale, très documentée et que maîtres et élèves consulteront avec le plus grand profit. É. R.

REVUE DES JOURNAUX

Un traitement médical des végétations extra-génitales. — Il s'agit évidemment de condylômes d'un volume inférieur à celui d'une noisette, pédiculés ou sessiles, isolés ou agglomérés. M. Gemy traite ces végétations par les astringents et considère la ligature, l'excision, le curettage et la cautérisation comme des procédés extrêmes et presque exceptionnels.

Depuis 1888, à la clinique dermatologique de l'École d'Alger, M. Gémy fait usage d'une poudre astringente, composée de parties égales de sabine et d'acide salicylique pulvérisés. Originairement il employait un mélange d'alun et de sabine ; les succès obtenus par les applications d'emplâtre de Vidal lui donnèrent l'idée de substituer l'acide salicylique à l'alun.

Le succès dépend surtout de la technique du traitement.

Voici celle qui est adoptée par M. Gemy :

1° Deux pansements quotidiens sont indispensables. Trois sont utiles. Il importe, en effet, que la surface de la végétation soit en permanence recouverte de poudre médicamenteuse.

2° Avant chaque pansement, bain local mercuriel.

Si les végétations siègent sur les *bourses* ou le *prépuce*, le bain local consiste dans une tasse d'eau chaude, additionnée d'une cuillerée à café de liqueur de van Swieten. Si elles siègent autour de l'*anus*, bains de siège peu copieux et additionnés de trois à quatre cuillerées à bouche de cette même liqueur.

Le bain a le triple but de déterger la surface de la tumeur, de faciliter son effritement et d'antiseptiser les surfaces.

3° Immédiatement après le bain, tamponnement avec l'ouate au sublimé, puis application de la poudre à la sabine et à l'acide salicylique avec les doigts et par des pressions douces. Enveloppement de la région avec l'ouate ou la tarlatane.

La durée de ce traitement médical est supérieure, cela va sans dire, à celle du traitement chirurgical ; mais il est simple, indolore, commode; voilà des avantages. Quant aux succès qu'il procure, ils sont de nature à justifier l'hypothèse adoptée par M. Gémy, que ces végétations sont d'origine parasitaire et sans doute causées par une coccidie. (*Revue de clin. et de thér.*, 18 oct. 1893.)

Un cas curieux de jeûne prolongé. — Voici l'observation rapportée par les journaux russes :

Une jeune fille de 17 ans fut surprise par la nuit près du village de Ruzino, dans le gouvernement de Moscou le 24 novembre 1892. Craignant de retourner chez elle dans l'obscurité, elle se décida à passer la nuit sous un hangar recouvert d'un peu de paille. Pendant la nuit il survint une tempête de neige, et le matin, la jeune fille se trouva incapable de soulever la couche de neige qui la recouvrait.

Le premier jour elle mangea cinq morceaux de pain qu'elle avait avec elle. Depuis lors elle n'eut d'autre nourriture que la neige qui l'emprisonnait.

Ce n'est qu'au bout de 51 jours qu'elle fut découverte gisant sous une couche de neige de trois pieds et demi, et portée à l'hôpital le 14 janvier 1893. Bien que complètement épuisée et incapable de remuer un membre, elle pouvait répondre aux questions et était consciente de ce qui se passait autour d'elle. La peau était froide, pâle, il y avait une

anasarque générale; les muqueuses étaient d'une blancheur frappante; il n'y avait plus trace du pannicule adipeux et les muscles étaient atrophiés. La voix était très faible. La respiration était à 26; le pouls, petit et faible, à 84; la température de 38 degrés. Les bruits du cœur étaient nets, mais affaiblis; on constatait un bruit de souffle anémique dans les vaisseaux du cou. L'urine était concentrée, mais ne contenait ni sucre ni albumine.

Elle resta les deux premiers jours dans un état de semi-inconscience et de somnolence, mais elle se rétablit rapidement et à la fin de la première semaine elle pouvait supporter le régime ordinaire des autres malades.

En supposant que la date de son emprisonnement dans la neige soit exacte et qu'elle ait mangé tout son pain le premier jour, cette émule involontaire de Succi serait restée du 24 novembre au 14 janvier, soit exactement 50 jours, sans prendre aucune nourriture. (*Méd. mod.*, 18 octobre 1893.)

Aphasie transitoire neurasthénique. — M. le docteur Régis a publié un cas d'aphasie d'une forme toute particulière; il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, offrant les stigmates physiques et mentaux de la neurasthénie pubérale, en particulier les crises émotives, les obsessions anxieuses, l'aprosexie, etc., qui a éprouvé une dizaine de fois, il y a quelques mois, des phénomènes curieux d'aphasie transitoire, rapportés tout d'abord à une tumeur cérébrale, sans trouble psychique ou somatique concomitant. Passant en revue les divers états morbides dans lesquels peut se rencontrer le phénomène, notamment des lésions organiques du cerveau, les intoxications, surtout l'épilepsie et l'hystérie.

M. Régis conclut en fin de compte, en se basant à la fois sur la prédominance marquée des stigmates neurasthéniques chez le sujet et sur les caractères de ces crises d'aphasie transitoire essentiellement émotives dans leurs allures, que cette aphasie transitoire, n'est elle-même, chez lui, qu'une manifestation de la neurasthénie.

Cet accident ne paraît pas encore avoir été signalé dans cette névrose; cependant, le professeur Ball a publié, en 1882, sous le nom d'*ischémie cérébrale fonctionnelle*, un

certain nombre de cas de mutisme brusque et passager, dont quelques-uns peuvent être rapportés à la neurasthénie encore mal connue à ce moment sous son étiquette actuelle, et qu'il attribuait à un spasme localisé, à une ischémie circonscrite des vaisseaux de l'encéphale.

Quoi qu'il en soit, il reste acquis pour M. Régis, que la neurasthénie peut donner naissance à de l'aphasie transitoire, et il importe de connaître le fait et de savoir le distinguer pour éviter, comme ici, d'importantes erreurs de diagnostic et de pronostic. *(Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1893.)

Sur le traitement de la malaria et de la diphtérie par le bleu de méthylène, par A.-N. Kasem-Bek. — Dans 30 cas de malaria avec intolérance pour la quinine, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'emploi du bleu de méthylène à l'intérieur. Des phénomènes tels que la nausée, les vomissements, la pollakiurie ne sauraient contre-indiquer l'emploi de ce remède, car ils ne sont pas très prononcés. Il ne faut cependant pas donner de fortes doses (par ex. 0 gr. 30, 2 à 3 fois par jour), il faut en outre associer ce remède à la poudre de noix de muscade, sous peine de voir apparaître de l'hématurie. La dose de 0 gr. 50 par jour pour les adultes et de 0 gr. 25 à 0 gr. 40 pour des enfants de 4 à 8 ans suffisent pour obtenir une action sur l'accès de malaria. Le bleu de méthylène ne prévient pas les nouveaux accès, mais il les rend moins intenses, de même que les autres remèdes contre le paludisme.

Dans 14 cas de diphtérie, l'auteur a obtenu de notables améliorations grâce au badigeonnage avec le bleu de méthylène au 10e (avec de l'eau). Cette substance est préférable à l'acide chromique, à l'eau phéniquée, au chlorure de zinc, au sublimé, parce qu'elle n'est pas irritante pour les tissus sains. En imprégnant les fausses membranes, elle empêche probablement la sécrétion des substances toxiques et s'oppose à la végétation des bacilles eux-mêmes. (*Revue des sc. méd.*, 15 oct. 1893.)

Le savon au calomel dans le traitement de la syphilis, par De Watrazewski. — Le savon au calomel, tout

en possédant les avantages de l'onguent gris traditionnel et du savon gris plus moderne, a sur eux dans le traitement de la syphilis par friction la supériorité d'être privé des inconvénients qui sont propres à ces préparations. L'application en est facile et exige peu de temps ; il est incolore et inodore dans son emploi, il ne salit ni le linge ni la peau qu'il n'irrite point. On le prépare en mélangeant le calomel à la vapeur avec un savon de potasse dans la proportion soit de 1 : 2, soit de 1 : 3; la quantité nécessaire pour une friction quotidienne est de 2 à 3 grammes, contenant 0,50 centigrammes à 0,75 ou 1 gramme de calomel. Le manuel opératoire de la friction est à peu près celui des frictions mercurielles habituelles. (*Revue des sc. méd.*, 15 oct. 1893)

Empoisonnement par les coquillages. — M. Bartet rapporte un assez grand nombre d'observations d'intoxication par les coquillages. Il y a deux sortes d'accidents : tout le monde connaît la susceptibilité de certains sujets pour les moules, qui provoquent des troubles digestifs intenses, avec urticaire et parfois albuminurie; mais, en outre de cet accident idiosyncrasique fréquent, on observe souvent, pendant l'été, des accidents graves à la suite de l'ingestion d'huîtres, de moules et de toute autre espèce de coquillages, entre autres les palourdes.

L'auteur a pu observer souvent les coquillages qui avaient été la cause de l'intoxication ; or certaines huîtres ou autres coquillages, quoique vivantes, étaient d'un aspect grisâtre avec foie gros et mou. Dans deux cas il avait suffi d'un seul coquillage analogue pour provoquer des accidents extrêmement graves. Ces troubles doivent être attribués à la présence d'un alcaloïde du type de la muscarine des champignons.

Le plus souvent on observe une gastro-entérite intense avec diarrhée, vomissements bilieux, coliques vives et affaiblissement du pouls, pendant 24 heures, puis embarras gastrique pendant quelques jours; mais il est bon de savoir qu'il peut être donné de voir des troubles inquiétants et un ensemble de symptômes rappelant à s'y méprendre le choléra. C'est ce qui est arrivé à l'auteur, qui n'a pu affirmer son diagnostic que par la coïncidence de cas nombreux,

mais peu bénins, d'intoxication à la suite d'ingestion d'huîtres suspectes.

Le traitement de cette intoxication doit consister en purgation saline immédiate et énergique, suivie de l'antisepsie du tube digestif. En cas de troubles circulatoires inquiétants il faut pratiquer des injections de *caféine* ou faire absorber de la *trinitrine* ou inhaler du *nitrite d'amyle* pour combattre l'anémie cérébrale.

On ne saurait trop répandre dans le pays le danger réel qu'il y a à consommer des coquillages pendant les mois d'été. (*La Médecine moderne*, 14 oct. 1893.)

Recherche des gonocoques chez les prostituées. — M. le docteur H. Loser donne le résultat de 600 examens bactériologiques pratiqués chez des prostituées de Könisberg. On peut résumer ces recherches dans le tableau suivant :

Provenance de l'urèthre . .	353	—	111	fois des gonocoques
— du vagin . . .	180	—	7	—	—
— du col utérin. .	67	—	21	—	—

Il est à remarquer que dans bon nombre de cas, les symptômes cliniques étaient nuls, bien que les gonocoques fussent apparents, et que, d'autre part, des sécrétions purulentes étaient dues à d'autres micro-organismes que des gonocoques. D'où l'utilité de la mesure demandée par Neisser : l'examen bactériologique des sécrétions génito-urinaires des femmes placées sous la surveillance de la police. Malheureusement, en pratique, on se heurte à des difficultés d'application fort sérieuses, sinon insurmontables. (*Union médicale du Nord-Est*, oct. 1893.)

Sur le meilleur mode de préparation du thé. — On pulvérise le thé immédiatement avant l'emploi, on verse dessus l'eau bouillante (eau pas trop dure), et on laisse en contact cinq à sept minutes. De cette manière l'arôme se développe d'une façon remarquable, la théine est complètement épuisée et il n'entre qu'un minimum de tannin en solution. (*Répertoire de pharm.*, 10 oct. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

DES PLAGES BRETONNES.

Il arrive parfois d'être consulté sur le choix de telle ou telle station de bains de mer de la Manche ou de l'Océan. Qu'il me soit donc permis, — puisque je viens de les parcourir, — de retracer ici mes impressions sur les plages bretonnes, aujourd'hui surtout qu'elles paraissent être à la mode. Peut-être ces quelques indications pourront-elles sembler à quelques-uns sinon intéressantes, du moins d'une certaine utilité.

Que l'on envisage les côtes de Bretagne ou une côte quelconque, on peut poser en principe qu'il y a deux catégories de plages : des plages dites sablonneuses et des plages dites rocheuses. Leur définition se retrouve dans leur dénomination même, car on appelle plages sablonneuses celles qui sont constituées par une étendue plus ou moins considérable de sable fin, et plages rocheuses celles qui, au contraire, présentent un mélange de graviers, de sable et surtout de rochers.

Pour qu'une plage soit parfaite, elle doit, selon moi, répondre aux quatre conditions suivantes : 1° tout d'abord, elle doit faire face à la pleine mer et doit être alimentée par une eau non susceptible de souillures, par conséquent, elle doit être éloignée de tout port, étier ou embouchure de vaste rivière; 2° elle doit être accessible aussi bien à marée basse qu'à marée haute; 3° elle ne doit présenter aucun danger lors du bain, soit par suite des courants dits de fond, soit quand la mer est quelque peu démontée; 4° enfin, si possible, elle doit posséder de l'ombrage dans son voisinage immédiat.

Il me paraît superflu de vouloir s'appesantir sur l'importance de ces quatre points fondamentaux, car il est bien évident qu'il sera toujours agréable pour le baigneur de pouvoir prendre son bain à toute heure de la marée; il est encore moins utile d'insister sur la sûreté d'une plage, non moins que sur l'eau claire, non boueuse qui doit l'alimenter. Quant à l'ombrage, ce n'est pas chose absolument indispensable; pourtant, outre que l'ombrage sert à garantir des rayons

parfois trop ardents du soleil, — ce qui ne serait qu'énoncer une vérité banale; — il ajoute de plus à la beauté du site et repose l'œil de la vue toujours incessante de la mer.

Toutes ces conditions, ai-je besoin de le dire, doivent s'appliquer tout aussi bien à la plage de sable qu'à la plage rocheuse; mais toutes choses étant égales d'ailleurs, peut-on donner à l'une ou à l'autre la préférence? Assurément, dans la question de choix, interviennent surtout la mode, le goût, les relations, etc., mais il me semble toutefois qu'on peut tout au moins guider ce choix et démontrer les bons ou mauvais côtés de telle ou telle station. Au client prévenu d'aviser ensuite et de choisir.

Quels sont donc les avantages et les inconvénients de ces deux variétés de plages? Alors que, sur une plage sablonneuse, l'œil ne voit que du sable, le pied ne foule que du sable, la plage rocheuse offre, par contre, un aspect différent. Car sur cette dernière, soit au moment du flux, soit après le reflux, le spectable change, grâce aux accidents de terrain, grâce aux rochers semés çà et là qui rompent la monotonie de la grève. C'est ainsi qu'à la marée montante, le baigneur peut assister à ce singulier phénomène de la vague s'avançant progressivement tantôt douce et paisible, tantôt venant battre les roches de la falaise abrupte, alors qu'à marée basse la mer s'étant retirée, il peut à son gré aller sur les rochers se livrer aux charmes de la promenade et de la pêche. Il prend pour ainsi dire corps avec la mer, il en respire largement les effluves apportées du large par la brise, en même temps qu'il s'imprègne des senteurs salées exhalées par les végétaux marins, varechs fucus qui lui font sous les pieds comme un tapis de verdure épais et glissant. En outre, l'atmosphère saline, on le sait, contient un grand volume d'oxygène, et avec cela, une certaine quantité de chlorure de sodium, d'iode, de brome. Aussi dans ce milieu, ou plutôt dans cet air concentré, très riche en oxygène, la respiration se fait-elle avec plus d'intensité, et partant, la muqueuse pulmonaire absorbe ces éléments avec énergie et promptitude.

D'autre part, quand vous vous promenez sur les bords de la mer, vous percevez une saveur salée si vous vous passez la langue sur les lèvres et vos vêtements se couvrent d'une poussière blanchâtre saline. Ces poussières de l'Océan ne

sont autre chose que du chlorure de sodium. Bien que l'analyse chimique ait démontré la présence de ce sel non seulement près de la mer, mais encore assez loin des côtes, il faut bien reconnaître que plus on est proche de la vague salée, plus le phénomène est intense. C'est donc dire que pour obtenir l'effet bienfaisant au maximum, il faut s'entourer le plus possible des éléments capables d'y donner lieu. Cet effet que réalise la pêche ou la promenade à travers les criques, à travers les mares d'eau salée sur les plages rocheuses considérées à marée basse, ne se rencontre pas au même degré sur les plages sablonneuses. Là, la vague moutonne moins au moment du flux, et à marée basse ne laisse que peu de chose de son passage. Donc, au double point de vue de la richesse de l'atmosphère saline et du côté pittoresque, la plage rocheuse me paraît avoir une supériorité marquée sur la plage sablonneuse; mais il faut convenir, par contre, que les plages de sable offrent plus aisément la facilité aux baigneurs et surtout aux enfants qui sont toujours en nombre sur les bords de la mer, de courir, de jouer sans crainte de chute ou d'accident. C'est le seul avantage que je relève à l'actif de ces dernières, bien que, sur certaines plages rocheuses, la grève puisse se recommander autant pour la sûreté que pour la commodité.

Ces considérations émises, toutes les plages offrent-elles également les conditions que j'ai antérieurement indiquées? Non, sans doute, car dans le nombre les unes ont certains avantages, les autres certains inconvénients. De sorte qu'on peut conclure qu'il est difficile, voire même impossible de trouver une plage absolument parfaite. Vraisemblablement ce *desideratum* n'est pas seulement particulier aux côtes bretonnes, mais à bien d'autres côtes. Aussi notre but est-il d'énumérer ici, à loisir, dans la mesure de leurs ressources et de leur importance, celles, d'entre les multiples plages bretonnes, qui sont les plus convenables et qui fixent le mieux l'attention.

En parcourant toute cette côte si déchiquetée, telle que nous l'offre la presqu'île armoricaine dans son pourtour marin, on est sujet à rencontrer nombre de promontoires, de pointes, de caps alternant avec autant d'anses ou de criques plus ou moins considérables, plus ou moins profondes. La

nature a créé en maints endroits de vraies petites plages qui, malheureusement, malgré leur aspect plaisant, ne sont point utilisées ou fort peu, eu égard aux difficultés des communications, eu égard à un agencement déplorable ou même nul. Ce sont ces plages que j'appellerais volontiers primitives, et qui, leur situation mise à part, ne présentent pour le baigneur aucune ressource, soit de logement, soit même d'alimentation. Elles sont tout au plus visitées par les gens des localités ou hameaux d'alentour.

A côté de cette première catégorie, j'en placerai une seconde constituée par des plages déjà fort satisfaisantes comme étendue, comme situation. Ce sont celles que j'appellerai plages locales, parce qu'elles sont plus particulièrement fréquentées par les habitants de la contrée, surtout des villages ou des petites villes des environs ; on peut même dire qu'en Bretagne, chaque ville, même assez distante de la mer, a sa plage, a sa grève, pour employer l'expression locale. En général, ces plages sont à des cinq, dix, quinze kilomètres et plus de la ville; aussi peu courues dans le cours de la semaine, elles deviennent le dimanche l'objet d'une affluence fort considérable. Car c'est à la fois un lieu de rendez-vous et de distraction pour le Breton qui, on le sait, respecte le plus à la lettre le repos du dimanche. C'est ainsi que les habitants de Brest vont à deux plages, l'une dite Sainte-Anne, qui est à une distance de 4 à 5 kilomètres, l'autre, dite le Conquet, distante de 22 kilomètres ; les Vannetais vont au Conleau, à 5 kilomètres de la ville, ou encore à l'Ile-aux-Moines, qui est une île du golfe du Morbihan ; les habitants de Quimper se rendent à la plage de Benedet, distante de 18 kilomètres, les habitants de Saint-Brieuc à Pordic, Binic (distance 9 et 13 kilomètres), etc.

Reste enfin une troisième catégorie de plages, les plus spacieuses, les plus mondaines, en même temps que les plus vastes et les mieux agencées. Ce sont celles que fréquentent les étrangers qui trouvent soit dans les villages ou villes attenant à la plage tous les éléments d'une installation. C'est là que côte à côte s'élèvent villas et chalets, restaurants et hôtels. C'est là que se trouvent voitures, tramways et bateaux à vapeur pour faciliter les excursions ou les promenades, soit sur terre, soit en mer. C'est là surtout, — point essen-

tiel et qui fait généralement trop défaut presque partout, — que se trouvent cabines et loueurs de costumes de bains.

Dans cette catégorie, rentrent les stations les plus élégantes et les plus courues, déjà connues de tous. Je citerai surtout Saint-Malo avec Paramé, Saint-Servan, puis en face, de l'autre côté de la Rance, Dinard, Saint-Énogat, Saint-Lunaire, etc. Toutes ces localités qui ont presque l'apparence de vraies petites villes ont une et même plusieurs plages. Mais certaines me paraissent avoir une supériorité sur les autres. Je ne ferai que mentionner les deux plages de Saint-Servan, qui outre qu'elles ne sont pas accessibles à marée basse, présentent un double inconvénient qui doit les faire rejeter d'une façon absolue, d'abord leur voisinage avec l'entrée du port de Saint-Malo et d'autre part leur contact avec l'eau de la Rance, grosse rivière qui vient s'aboucher en ce point dans la Manche et dont l'eau se mélange avec celle de la mer.

Saint-Malo possède deux plages qui, toutes deux sablonneuses, regardent la pleine mer. L'une, la plus petite, est accessible à marée basse et à marée haute, aucun danger n'étant à redouter. La plus grande, c'est-à-dire la vraie plage, se continue avec celle de Paramé de façon à n'en faire qu'une, c'est-à-dire une vaste plage de plusieurs kilomètres de long, abordable à marée basse et à marée haute, bien que toutefois plus commode à marée montante. Regardant la pleine mer, bien qu'abritée par deux ou trois forts ou îlots de peu d'étendue, elle constitue surtout dans sa partie qui confine à Paramé une plage des plus heureuses, des plus sûres, des plus agréables enfin. Ajoutez à cela que Paramé offre jusque sur la berge de la verdure, un ombrage épais qui cache ou abrite quantité de villas ou de chalets : c'est donc un type de plage des plus convenables et donnant toutes les conditions de garantie et de bien-être.

A Saint-Malo, peut-être préférerais-je Dinard, à cause de sa situation meilleure, bien aérée et du développement de sa verdure. Dinard, assise sur un promontoire élevé sur lequel elle s'étage en quelque sorte en terrasse présente deux ou trois plages, dont une fait entièrement face à la Rance, et les autres regardent la pleine mer. Elles sont toutes bien aménagées, bien abritées, entourées d'arbres, toujours accessibles, mais peu étendues. Elles offrent surtout, — celles qui re-

gardent la pleine mer, — un mélange de plage sablonneuse et de plage rocheuse.

Sur le même littoral, dans la direction de l'ouest et faisant suite à Dinard, sont échelonnés Saint-Énogat, Saint-Lunaire, Saint-Briac qui offrent également plusieurs plages un peu graveleuses, petites, bien exposées tout en étant abritées. Elles sont avec raison fréquentées et bien habitées : d'ailleurs on y trouve des constructions somptueuses, en styles élégants et variés, et dont les beaux parcs ou jardins vous font songer à d'autres régions plutôt qu'aux bords de la mer. A mon sens, elles ont pleinement répondu à la prophétie de prospérité, que J. Michelet, qui savait si bien voir, avait faite à leur endroit. Mais il faut reconnaître que tout porte à cet accroissement : la situation de la baie de Saint-Malo qui avec Cézembre au loin donne l'illusion d'un grand lac, la vue de la large mer, la facilité de s'y baigner en sûreté. De plus, à l'encontre des falaises normandes où les arbres sont rares ou peu développés, toute cette côte bretonne, grâce au fleuve d'eau douce apporté par le Gulf-Stream présente un climat tempéré en même temps qu'une abondance de verdure et une richesse de végétaux étonnantes. Au premier abord cette côte paraît sauvage et aride, mais dès que la main de l'homme y aide un peu, on voit apparaître une végétation luxuriante où les arbres de haute futaie se joignent aux camélias, aux eucalyptus qui croissent en pleine terre. Il semble donc qu'une fée ait présidé à la formation de ses diverses stations, car il est extraordinaire de pouvoir trouver sur un même point autant de bonnes fortunes réunies.

En tous cas, ce n'est pas dans les alentours qu'il est possible de trouver des plages à mettre en parallèle avec ces dernières. Assurément ce n'est pas la plage de la baie du mont Saint-Michel, plage qui n'est accessible qu'à marée haute, mais qui surtout est dangereuse au plus haut degré, car elle est faite de sable mouvant et trompeur. Ce ne sont pas cellles qui occupent la baie de Saint-Brieuc, telles que Étables, Saint-Quay, etc., qui pourtant sont assez connues. Tout le long de la côte nord de la presqu'île, il n'en est point d'aussi confortables, ni mieux appropriées.

J. Éraud.

(La fin prochainement.)

VARIÉTÉS

ALLIANCE CONFRATERNELLE FRANCO-RUSSE. — A la fin du banquet offert par la presse médicale aux médecins de la marine russe, M. le professeur Cornil a donné lecture du télégramme suivant, accueilli, nous a rapporté l'un des auditeurs russes, par les unanimes applaudissements de l'assistance :

« Le corps médico-chirurgical lyonnais adresse l'expression de ses plus chaleureuses sympathies pour la médecine russe, dont il apprécie les remarquables travaux, et dont il se félicite de recevoir bientôt les dignes représentants. »

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le concours pour l'agrégation vient de se terminer par les nominations suivantes :

Section de médecine : MM. Manquat et Lemoine.

Section de chirurgie : M. Ferraton.

Nous félicitons les nouveaux élus, bien connus à Lyon, où ils s'étaient distingués comme répétiteurs à l'École du service de santé militaire.

UN DESIDERATUM A PROPOS DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Tout en appréciant le service que rend le personnel enseignant civil et le concours aussi dévoué que savant qu'il prête à l'École de Lyon, l'*Avenir militaire* fait remarquer que, comme dans les autres armes, il se trouve dans le corps de santé militaire des officiers aptes à l'enseignement des langues vivantes et de l'allemand en particulier. A Lyon, l'enseignement de cette langue est uniquement confié à deux professeurs civils, l'un de la Faculté des lettres, l'autre du lycée. Il serait désirable de lui adjoindre un ou deux médecins militaires pris parmi ceux qui sont pourvus, soit du certificat d'aptitude à l'enseignement de l'allemand dans les lycées, soit de la licence ès lettres avec la mention « langues vivantes », telle qu'elle a été instituée par le décret du 28 juillet 1885. Il importe en effet que les futurs médecins militaires soient initiés à côté de l'enseignement pratique de l'allemand classique à la technologie médico chirurgicale en usage dans les pays de langue allemande. Cette mesure serait saluée avec satisfaction par tous les membres du corps de santé militaire et mettrait l'Ecole de Lyon sur le même pied que nos autres grandes Ecoles militaires. (*Progrès méd.*)

UNE AUBAINE AUX BLENNORRHAGIENS. — Je le tiens de la bouche de malades reconnaissants, la Pharmacie Centrale possède actuellement un lot de poivre cubèbe exempt de falsification ainsi que du mélange de produits similaires mais de qualité inférieure. Très riche en huile essentielle, il produit, lorsqu'il est récemment moulu, des effets thérapeutiques auxquels on n'était plus habitué. Que nos confrères fassent donc bénéficier de cette *occasion* ceux de leurs clients qui, pressés de guérir, ne sont pas moins désireux de soustraire leur muqueuse gastro-intestinale aux morsures du copahu ou du santal. P. D.

COURS D'HYGIÈNE POUR LES FONCTIONNAIRES PUBLICS. — A partir de novembre, il y aura dans cinq Facultés de médecine (Berlin, Breslau, Kiel, Kœnigsberg et Marbourg) des cours spéciaux d'hygiène pour les fonctionnaires publics, dans le but de les initier aux diverses questions qui les intéressent particulièrement (hygiène de l'habitation, canalisation, alimentation, désinfection, etc.). Ces cours, d'une durée d'environ douze jours, ne sont pas obligatoires, et les auditeurs ont à payer une redevance.

LES VACCINATIONS ANTIVARIOLIQUES A MOSCOU EN 1892. — M. Goldendach, médecin en chef de l'hôpital de Moscou, a dressé la statistique suivante des personnes mordues traitées à Moscou par la méthode Pasteur :

907 personnes ont été soignées. Sur ce nombre, 178 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement; 439 par des animaux déclarés enragés par les vétérinaires; 290 par des animaux suspects de rage. Sur ce nombre il y avait 613 hommes et 294 femmes. 90 des malades traités avaient des morsures à la tête.

Il est mort 6 des sujets traités, ce qui donne une mortalité de 0,66 °/₀.

LES HONORAIRES DES MÉDECINS EN RUSSIE. — En présence des abus causés par les notes des médecins, le gouvernement russe vient de publier un règlement fixant les sommes auxquelles a droit un médecin. Les villes sont partagées en trois classes : celles qui ont plus de 50.000 habitants, celles qui ont de 50.000 à 5.000, et celles qui ont moins de 5.000.

Les malades sont également partagés en trois classes comprenant : la première, les capitalistes, les propriétaires, fabricants, banquiers, commerçants de la ville et les employés des six prémières classes; la seconde, les personnes exerçant des professions libres, les employés des septième et huitième classes; la trosième, le reste de la population.

Enfin les honoraires sont aussi de trois sortes : 5 roubles pour les malades de la première classe; 3 roubles pour ceux de la seconde, et 80 copecks pour ceux de la troisième.

L'ANTHROPOMÉTRIE DANS L'ANNAM. — Le journal *Die Natur* rapporte, d'après M. Cypet, qu'on trouve chez certaines peuplades de l'Annam une coutume qui rappelle les mensurations anthropométriques auxquelles on se livre actuellement pour établir l'identification des criminels. Le procédé consiste à placer entre le médius et l'annulaire de la main gauche une mince baguette en bambou sur laquelle on reporte par des entailles les longueurs des phalanges, de l'ongle. Il est employé pour prouver l'identité d'un indigène qui revient dans une région après une longue absence.

UN SACRIFICE CHEZ LES DAHOMÉENS. — Ce sacrifice a été exécuté devant les membres de la Société d'anthropologie de Paris.

Très curieuse l'idole dahoméenne : c'est un énorme pain de sucre en terre glaisse, large et court; la tête qui le surmonte est conique avec un front très fuyant. Les yeux sont faits avec deux cauris. Des cauris simu-

lent aussi les dents entre lesquelles est planté un cigare. Au bas, contre le sol, se détache en avant un phallus énorme, étalé sur des testicules également énormes, le tout modelé avec beaucoup de soin et d'exactitude. On danse autour de l'idole. Des fillettes nues, penchées en avant, les coudes contre le corps et les mains étendues horizontalement, par des contractions des épaules imitent le battement des ailes des oiseaux. Avec les mouvements de la croupe, en rapport avec la danse du coït, seul thème universellement suivi, ces mouvements constituent la seule figure de leur danse religieuse. Puis on fait le sacrifice. Le prêtre couche le chevreau sur les reins, lui fait une incision au ventre et lui arrache les testicules qui sont déposés devant le phallus du dieu, puis il lui coupe la gorge et, d'un mouvement rapide, le relevant, la tête renversée en arrière, au bout de ses bras tendus, il fait ruisseler le flot de sang sur la tête du dieu.

Le sacrifice accompli, la cérémonie est close par une sarabande de tout le peuple sautant, dansant, hurlant autour du dieu.

De temps en temps l'un d'eux, jeune garçon ou jeune homme, tombe de son long et ses camarades le soulèvent sur les épaules, l'emportent dans sa case. Ici ce n'est qu'un simulacre. Mais pour M. Hovelacque, au cours de ces sacrifices sanglants et sous l'excitation des cris et des danses lubriques, les crises convulsives seraient fréquentes.

Éclairage électrique. — Il paraît que l'éclairage électrique n'est pas un aussi bon préservatif contre les incendies, qu'on le croit : en 1890, l'électricité a causé à elle seule 203 incendies dans 60 villes de l'Amérique du Nord, en faisant pour 281,271 dollars de dégâts. (*Journ. polytechn. de Dingler*, 15 sept.).

Pharmaciens et remèdes secrets. — Il y a en Angleterre 9,000 pharmaciens; mais le trafic avec les remèdes secrets occupe 28,746 personnes (*The Med. Press*, août).

Ce que rapporte le trafic avec les remèdes brevetés si répandus en Angleterre et en Amérique, résulte des quelques détails suivants, qui ne donnent qu'une faible idée de la puissance de la réclame. Le sire Mellin, un concurrent de Nestlé, produit une farine pour les enfants. Pour faire écouler sa farine, il multiplie annonces sur annonces dans tous les journaux de l'ancien et du nouveau monde. La réclame dans le numéro du journal de Chicago, *Youths Companion*, consacré à l'exposition, a coûté 15,000 dollars; elle est faite en quinze couleurs et n'occupe qu'une page. La même réclame, reproduite dans le *Sun*, de New-York, a coûté encore davantage. Le sire Mellin a obtenu de l'impératrice d'Allemagne un certificat en date du 14 avril 1893, constatant que sa farine a été employée avec un excellent succès pour nourrir les jeunes princes, enfants de leurs Majestés les souverains d'Allemagne. Ce certificat, reproduit dans les innombrables « journaux de famille », est bien fait pour contribuer à faire entrer dans la poche de l'ingénieux industriel un tribut aussi lucratif que n'importe quel tribut royal. (*Vratch*, 1893, n° 37).

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Octobre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
15	753	0 m	751	2 s	+20.2	1 s	+11.2	7 m	90	69	0.0	1.0	30
16	753	12 s	751	4 m	+22.1	2 s	+ 7.9	5 m	97	65	0.0	1.0	30
17	753	0 m	751	12 s	+19.5	12 m	+11.7	6 m	84	59	0.0	1.1	22
18	751	0 m	746	6 s	+16.8	2 s	+ 7.2	5 m	100	90	0.0	1 4	29
19	753	12 s	748	0 m	+16.2	3 s	+10.8	0 m	85	78	0.7	0.7	19
20	754	12 s	753	4 s	+14.0	1 s	+ 5.3	6 m	85	61	0.0	1.9	14
21	755	10 m	753	12 s	+15.8	3 s	+ 0.1	6 m	96	63	0.0	1.0	21

MALADIES RÉGNANTES. — Il a été enregistré pendant la 42e semaine de 1893, 165 décès au lieu de 127 survenus la semaine précédente et 143 pour la période correspondante de 1892.

Cet accroissement relativement rapide de la mortalité dont le coefficient (19,5) reste toujours au-dessous de la moyenne annuelle, est imputable exclusivement à des maladies chroniques.

L'état sanitaire continue à être satisfaisant comme le témoigne la faible proportion des maladies aiguës et en particulier celle des maladies infectieuses.

Il n'y a cette semaine que 4 décès par maladies zymotiques. Fait à noter : aucun décès par diphtérie.

Les maladies aiguës des bronches et des poumons sont en augmentation sensible ; les cas sont généralement bénins.

Comme la semaine précédente, les phymiques et les cardiaques sont assez éprouvés.

En certain nombre des apoplexies cérébrales et des suicides exclusivement par pendaison.

Sur les 165 décès hebdomadaires (122 en ville, 43 dans les hôpitaux civils), 26 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 17 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 21 octobre 1893, on a constaté 165 décès :

Fièvre typhoïde....	1	Catarrhe pulmonaire	1	Affections du cœur.	17
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	8	— des reins....	4
Rougeole..........	0	Pneumonie........	6	— cancéreuses.	11
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	15
Erysipèle.........	1	Phthisie pulmon...	24	Débilité congénitale	7
Diphtérie-croup...	0	Autres tuberculoses.	4	Causes accidentelles	7
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	1	Aut. causes de décès	25
Affect. puerpérales	2	Mal. cérébro-spinales	22		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	5	Naissances.......	156
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés	12
Bronchite aiguë...	2	Cirrhose du foie....	1	Décès	165

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

N° 45. — DIMANCHE 5 NOVEMBRE 1893.

SUR L'ACTION MICROBICIDE DU GALLANOL;

Par MM. P. Cazeneuve, Ét. Rollet et Nicolas.

Bien que la nature parasitaire de l'eczéma et du psoriasis ne soit rien moins que démontrée, il était cependant d'un grand intérêt de rechercher si le gallanol avait une action microbicide et devait rentrer dans le groupe des antiseptiques. Les résultats affirmatifs obtenus dans cette voie pouvaient être l'origine d'applications thérapeutiques nouvelles.

L'action du gallanol a été expérimentée sur cinq microbes: le charbon, le *staphylococcus aureus*, le bacille pyocyanique, le bacille d'Eberth et le *bacillus coli communis*.

Nous avons écarté de parti pris toute étude sur les modifications morphologiques de ces divers microbes, étude qui eût été très complexe. Nous nous sommes limités à rechercher l'influence du gallanol sur les propriétés végétatives et pathogènes.

Les essais ont été exécutés *in vitro* dans trois conditions avec le gallanol : 1° à doses massives; 2° à doses faibles; 3° à doses très faibles.

Nous étudierons successivement les modifications de la végétabilité et du pouvoir pathogène dans ces diverses circonstances.

Nous avons utilisé les cultures-mères conservées dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, qui a bien voulu mettre à notre disposition toutes ses ressources expérimentales.

I. — Végétabilité.

Le 20 avril, 3 ballons de bouillon peptonisé sont ensemencés avec du charbon, de l'aureus et du pyocyanique, et serviront de ballons témoins. On ensemence également 6 autres ballons (2 avec chacune des espèces précédentes), dans lesquels on a ajouté du gallanol en poudre sortant de l'étuve à 130°, et par suite stérilisé. Dans chaque ballon contenant environ 10 c. c. de bouillon, on met 0 gr. 50 à 1 gr. de galla-

nol, soit en excès, le gallanol ayant une solubilité faible (2 pour 1000 environ à la température ordinaire).

Les ballons préalablement éprouvés sont, après ensemencement, placés à l'étuve à 36°. Ils ont reçu chacun 3 gouttes de la culture-mère.

Les jours suivants tous les ballons se troublent, ceux additionnés de gallanol prennent une teinte foncée jaune rougeâtre due à l'absorption de l'oyxgène par le gallanol en solution alcaline (l'alcalinité du bouillon).

Le 23 avril, les cultures sont examinées définitivement.

1° *Charbon.*

Ballon témoin : bouillon jaune clair, très trouble, sans flocons ; au microscope, beau mycélium de charbon typique et abondant.

Les deux ballons avec gallanol ont une teinte jaune rougeâtre et présentent un trouble manifeste. Mais au microscope on ne voit rien de net, si ce n'est des amas de granulations, probablement de gallanol.

La coloration, comme pour le reste de nos recherches, a été faite au violet de gentiane et l'examen avec un microscope de Zeiss, obj. 1/12 à immersion, oculaire n° 1.

Ainsi, tandis que le ballon témoin montre une culture abondante de charbon, les deux autres ballons (gallanol) ne montrent ni bacille, ni mycélium. Les préparations sont d'ailleurs difficiles à examiner à cause des particules de gallanol en suspension, qui ont pris assez vivement la couleur.

2° *Bacille pyocyanique.*

Le ballon témoin présente une superbe culture de pyocyanique avec une teinte verdâtre très intense. Les ballons à gallanol tranchent nettement sur lui par une coloration jaune rougeâtre déjà signalée. Au microscope, superbe préparation fourmillant de bacilles courts, pour le ballon témoin ; les ballons au gallanol ne montrent pas de bacilles nets, mais beaucoup de particules plus ou moins mal colorées.

3° *Aureus.*

Les cultures présentent le même aspect que les précédentes ; le ballon témoin est trouble avec dépôt au fond du ballon ; coloration jaune rougeâtre des ballons à gallanol.

Au microscope staphylocoques très beaux dans le bouillon témoin, bien colorés. Pas de microbes nets dans les préparations faites avec les ballons à gallanol.

Le 17 mai, nous répétons les mêmes expériences avec le bacillus coli et le bacille d'Eberth.

Quatre bouillons sont ensemencés, deux témoins, et deux avec gallanol en excès, avec des cultures de coli et d'Eberth.

Le 19 mai, nous constatons les mêmes caractères que précédemment; les deux ballons témoins ont poussé abondamment et montrent au microscope de belles cultures d'Eberth et de coli, alors que les ballons à gallanol, présentant toujours les mêmes caractères de coloration, ne montrent aucun microbe.

Ainsi, à un examen direct les ballons avec gallanol paraissent stériles. Pour nous en assurer nous ensemençons, le 26 avril, des ballons de bouillon ordinaire, les uns avec les cultures témoins, les autres avec les cultures en présence du gallanol, du charbon, du pyocyanique et d'aureus. Tandis que les premiers poussent abondamment, les seconds restent stériles, et cela, même au bout de dix jours. Après quoi nous avons considéré l'expérience comme terminée et le ballon à gallanol comme ayant entravé le développement et détruit les microbes.

De même, le 19 mai, nous étudions la vitalité du bacillus coli et du bacille d'Eberth et nous ensemençons des quatre ballons comparativement les quatre ballons témoins, et les cultures à gallanol. Ces derniers restent encore stériles.

Ainsi, le gallanol en excès dans un bouillon empêche le développement des microorganismes qu'on y ensemence. Non seulement il empêche le développement de ces microbes, mais il les détruit comme le démontrent les dernières expériences que nous venons de signaler; et comme le confirment des expériences sur les animaux sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin.

Nous pouvons résumer en un tableau les résultats obtenus :

Ballon témoin		Gallanol	Gallanol
Charbon	+	—	—
Pyocyanique....	+	—	—
Aureus	+	—	—
B. coli.........	+	—	
B. Eberth......	+	—	

2° Action du gallanol en faible dilution.

Nous nous servons d'une solution de gallanol à 0,2 pour 100. Saturation à 15°. Stérilisée.

Nous faisons deux ballons pour chaque série de microbe, A et B; l'un, A, recevra 10 cc. de bouillon et 10 cc. d'eau distillée stérilisée, l'autre, B, recevra 10 cc. de bouillon et 10 cc. de solution de gallanol. En somme, nos ballons auront un bouillon contenant 0,1 pour 100 de gallanol, solution faible comme on le voit.

Le 3 mai, ces ballons sont mis à l'étuve pour les éprouver.

Le 4 mai, aucun ne s'est troublé; on ensemence alors chaque ballon avec 3 gouttes de chaque culture-mère, et on le place à l'étuve à 36°.

Le 5 mai, tous les ballons ont poussé; les cultures sont moins riches dans le ballon B pour le charbon et l'aureus; mais le pyocyanique pousse très abondamment. Tous ces ballons à gallanol ont une teinte rougeâtre qui gêne l'appréciation du pouvoir chromogène du pyocyanique.

Les jours suivants les cultures gardent le même aspect; le 17 mai, nous reprenons ces expériences avec l'Eberth et le coli dans des conditions identiques; tandis que les ballons témoins poussent bien, l'Eberth reste stérile dans le gallanol; mais le coli pousse assez abondamment.

Si nous résumons ces résultats dans un tableau :

	A { 10 cc. bouillon / 10 cc. eau	B { 10 cc. bouillon / 10 cc. solut. gallanol
Charbon.....	+	±
Aureus......	+	±
Pyocyanique..	+	+
Eberth......	+	—
Coli.........	+	+

± désignant les ballons ayant poussé peu abondamment.

En somme le pouvoir végétatif paraît avoir été un peu diminué pour deux microbes, supprimé pour un, et être resté indemne pour deux, le pyocyanique et le coli.

3° Action du gallanol en grande dilution.

Nous répétons l'expérience précédente, mais au lieu de 10 cc. d'eau stérilisée ou de solution de gallanol, nous n'ajoutons à 10 cc. de bouillon que 1 cc. d'eau ou de solution.

Le 3 mai, nous prenons deux ballons pour chaque microbe. Nous appellerons C et D ces deux ballons : C = 10 cc. de bouillon et 1 cc. d'eau; D = 10 cc. de bouillon et 1 cc. de solution de gallanol à 2 °/₀₀.

Puis on place ces ballons à l'étuve.

Le 4 mai, après épreuve, on les ensemence avec 3 gouttes de culture-mère, puis placés à l'étuve à 36°.

Le 5 mai, tous les ballons sont fertiles et avec sensiblement la même abondance.

Le 17 mai, nous reprenons cette expérience en ajoutant le coli et l'Eberth pour voir si la végétabilité n'étant pas modifiée, le pouvoir pathogène le serait. Nous suivons la même technique que précédemment.

Le 18 mai, tous les bouillons sont fertiles et vont nous servir à inoculer des animaux. Les deux cultures sont identiques pour chaque microbe, sauf une coloration un peu plus rouge dans le ballon avec gallanol ; le pouvoir chromogène du bacille pyocyanique n'a pas été modifié.

	C { 10 cc. bouillon, 1 cc. eau	D { 10 cc. bouillon, 1 cc. solut. gallanol.
Charbon.....	+	+
Aureus......	+	+
Pyocyanique .	+	+
Coli.........	+	+
Eberth	+	+

II. — Pouvoir pathogène.

1° *Gallanol en excès.*

Nous signalerons très rapidement notre première série d'expériences sur les animaux. Elle ne font que confirmer ce que l'étude directe permettait d'affirmer, c'est-à-dire l'innocuité parfaite des cultures faites en présence du gallanol en excès. Nous avons vu que ces cultures réensemencées avaient laissé les bouillons stériles; de même les animaux n'ont subi aucune gêne de l'inoculation des cultures de gallanol, alors que les bouillons témoins ont eu une action directe mortelle. Ces expériences présentent en outre un certain intérêt comme une preuve de plus de la non-toxicité du gallanol.

1° *Charbon.*

Le 26 avril, deux cobayes reçoivent dans la cuisse 3 gouttes de culture, l'un du ballon témoin, l'autre du ballon avec gallanol en excès.

A) *Cobaye témoin :* Ce cobaye est mort le 28 avril dans les délais habituels de l'infection charbonneuse aiguë.

A l'autopsie, on trouve au point d'inoculation un œdème gélatineux considérable s'étendant à tout le tissu cellulaire sous-cutané abdominal. Intestin très hypérémié, quelques ecchymoses punctiformes sur le péritoine pariétal. — Foie noir et hypérémié ; reins, idem. — Rate très volumineuse, quatre fois le volume normal ; la pulpe fourmille au microscope de bâtonnets. Une culture faite avec cette pulpe montra le lendemain du charbon très beau.

B) *Cobaye inoculé avec une culture dans gallanol :* Ce cobaye suivi pendant un mois n'a jamais présenté aucun phénomène.

2° *Aureus staphylococcus.*

Deux cobayes, le 26 avril, reçoivent après anesthésie au chloroforme 6 gouttes de culture, l'un du ballon témoin, l'autre du ballon à gallanol dans la veine jugulaire.

A) *Cobaye témoin :* Ce cobaye devient rapidement maigre, triste, immobile, mais il ne meurt que le 24 juin avec un gros abcès local, de la péricardite véritable, des reins petits, scléreux, adhérents à la capsule. Pas d'abcès dans les organes, en somme un type d'infection chronique. Peut-être l'injection a-t-elle été mal poussée dans la veine ; peut-être les microbes étaient-ils atténués donnant alors le type d'infection chronique généralisée (sclérose des reins).

B) *Cobaye avec gallanol :* Ce cobaye a continué à se bien porter ; il est gros, vif. On le tue après la mort du témoin le 26 juin. Il n'a aucune lésion.

3° *Bacille pyocyanique.*

Deux lapins sont inoculés chacun avec 1 cc. de chaque culture dans la veine auriculaire, le 26 avril.

A) *Lapin témoin :* Voici son histoire :

28 avril. Ce lapin a l'air triste, abattu, les oreilles renversées, il se tient immobile, ne cherche pas à se sauver.

29 avril. Il est à la dernière extrémité ; il reste dans la po-

sition où on le place, couché sur le dos, etc. Diarrhée abondante.

1er mai. Le lapin est mort cette nuit.

A l'autopsie, cet animal est déjà en décomposition. On trouve des anses intestinales distendues par des gaz et de la diarrhée. Les reins présentent de petits abcès superficiels ; de même pour le foie et la rate. Ces abcès varient de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un petit point blanc à peine perceptible. Forte congestion des poumons avec un noyau presque hémorrhagique à la base gauche.

Le sang du cœur ensemencé en bouillon a donné une belle culture de pyocyanique.

B) *Lapin à gallanol :* Les jours suivants, cet animal a l'air très bien portant. L'inoculation a si peu influencé sa santé que le 10 mai cette lapine a donné naissance à sept petits bien vigoureux, que l'on a élevés.

Ces expériences prouvent bien ce que nous avons avancé ; c'est que non seulement le microbe avait été atteint dans sa végétabilité, mais qu'il avait été détruit ; car si les microbes seuls qui avaient servi à ensemencer les ballons avaient survécu, placés dans des conditions favorables, ils auraient repris leurs propriétés et leur pouvoir pathogène.

2° Gallanol en très grande dilution.

Si nous nous reportons à la troisième série des expériences, sur la végétabilité des microrganismes en présence du gallanol en grande dilution, nous voyons que la végétabilité a été peu modifiée, et même nous pouvons dire pas modifiée ; il était donc fort intéressant dans ce cas de savoir si le pouvoir pathogène avait marché de pair avec la végétabilité, ou si le seul fait de la présence du gallanol en très faible quantité avait suffi à modifier les qualités nocives des microorganismes étudiés. Nous sommes arrivés à des résultats qui nous semblent très intéressants.

Si nous reportons au tableau III, on voit qu'il y avait 5 microbes à l'étude, en tout 10 cultures. Nous avons donc pris 10 animaux, 8 lapins et 2 cobayes pour être inoculés chacun avec une culture. Les cultures étaient âgées de 6 jours lorsqu'on a fait les inoculations le 24 mai 1893. (V. plus haut le détail des cultures.)

Voici le détail des expériences :

1° *Bacilles d'Eberth.*

2 lapins sont inoculés avec 1/2 centimètre de chaque culture par lapin dans le péritoine.

A) *Lapin avec gallanol :* Ce lapin ne paraît nullement avoir été incommodé par l'inoculation. Il vit encore le 29 juin et paraît bien portant.

B) *Lapin témoin :* Mort le 30 mai à quatre heures du soir. Foie garni d'abcès, vésicule pleine de pus, abcès aussi dans les reins.

2° *Bacillus coli.*

1/2 cc. de chaque culture dans le péritoine.

A) *Lapin avec gallanol :* Ce lapin n'est mort que le 27 juin. A l'autopsie, pas de lésions macroscopiques.

B) *Lapin témoin :* 30 mai. Ce lapin très maigre reste étendu, alors que le témoin est plein de vigueur.

4 juin et 10 juin. Il paraît engraisser un peu et aller mieux.

12 juin. Ce lapin est mort aujourd'hui, avec abcès multiples dans le foie, péritonite avec fausses membranes. Ecchymoses péritonéales. Infarctus hémorrhagique dans les poumons.

3° *Bacille pyocyanique.*

1/2 cc. de culture dans la veine auriculaire.

A) *Lapin gallanol :* Va bien. Encore vivant le 30 juin et bien portant.

B) *Lapin témoin :* Amaigrissement considérable. Mort le 26 juin, sans lésions nettes.

4° *Staphylococcus aureus.*

4 gouttes dans la veine auriculaire.

A) *Lapin gallanol :* Mort le 26 mai à quatre heures du soir, avec abcès des reins, ecchymoses dans les poumons. Rien ailleurs.

B) *Lapin témoin :* Mort le 27 mai vers six heures, avec abcès dans les poumons et les reins.

5° *Charbon.*

Cobayes inoculés avec 2 gouttes de culture dans la cuisse droite.

A) *Cobaye gallanol :* Mort le 26 mai à trois heures de

'après-midi. — Autopsie : Œdème énorme *in loco*, s'étendant très loin de la cuisse inoculée jusqu'à l'ombilic. Grosse rate avec bacilles.

Le 24 juin, nous avons repris les expériences précédentes pour le staphylococcus aureus et le bacille pyocyanique, en faisant de nouvelles cultures dans les conditions identiques aux précédentes. Voici les résultats de l'inoculation à l'animal :

1° *Bacille pyocyanique.*

3/4 de cc. de culture de 24 heures dans la veine auriculaire.

A) *Lapin gallanol :* Mort le 25 juin. Rien à l'autopsie.

B) *Lapin témoin :* Mort le 25 juin. Rien à l'autopsie. Ces deux lapins inoculés un samedi soir n'ont malheureusement pas été suivis et on ne sait lequel est mort le premier. Nous porterons donc cette expérience comme douteuse au point de vue du résultat.

2° *Staphylococcus aureus.*

4 gouttes de culture de 24 heures dans la veine auriculaire.

A) *Lapin gallanol :* Le 26 juin. Ce lapin est bien portant.

30 juin. Va bien.

3 juillet. Il meurt sans donner à l'autopsie d'autres lésions que de petits points abcédés dans les reins.

B) *Lapin témoin :* Mort le 26 juin. Aucune lésion caractérisée à l'autopsie.

Nous voyons donc en considérant les expériences précédentes que sur les 7 cas la culture en gallanol en solution faible à 2 pour 10.000, a donné aux animaux : 3 survies complètes, une de 15 jours, une de 8 heures pour le charbon. Il y a à côté de cela 1 cas douteux et 1 cas négatif seulement. Cela nous permet, croyons-nous, de conclure avec toute vraisemblance à une véritable action modificatrice diminuant en de notables proportions le pouvoir pathogène des microbes.

Nous pouvons résumer en un tableau les résultats de l'expérimentation sur les animaux.

	Gallanol en excès		Gallanol en sol. a 2 °/ₒₒₒ	
	Témoin.	Gallanol.	Témoin.	Gallanol.
Eberth...........	—	+	—	+
Coli.............	—	+	—	+
Charbon..........	—	+	—	+
Pyocyanique. ..	—	+	—	+
Pyocyanique. ..			±	±
Aureus...... ..		+	+	—
Aureus...... ..			—	+

En résumé, survie totale avec le gallanol en excès par destruction des microorganismes. Avec le gallanol en solution tantôt la survie est totale, définitive, tantôt c'est une simple atténuation du virus, lui permettant encore de jouer son rôle pathogène, mais en diminuant son intensité. Enfin, une seule exception vient porter ombre au tableau, qu'il faudrait peut-être expliquer par un accident intercurrent.

Dans le tableau précédent sont marqués par + les animaux qui ont eu de la survie, par — ceux qui sont morts les premiers, par ± les cas douteux. On peut ainsi facilement se rendre compte de l'ensemble des résultats.

Conclusions. — En résumé, nous tirerons comme conclusions de nos recherches les données suivantes :

1° Le gallanol en excès arrête complètement la vie des microorganismes.

2° Le gallanol en solution faible relativement, 1 °/ₒₒ, arrête ou diminue la végétabilité de quelques microbes, en laissant d'autres évoluer avec toute leur vigueur.

3° Le gallanol en solution très faible, 2 °/ₒₒₒ, n'arrête pas du tout la végétabilité des microorganismes, mais anéantit presque complètement leur pouvoir pathogène.

Ces faits (1) montrent que si le gallanol dans la plupart

(1) Nous ajouterons aux observations prises sur l'action microbicide du gallanol vis-à-vis des cinq microbes précités que M. le Dr G. Roux, agrégé, vient de commencer des essais sur le microbe du choléra. Une première étude lui a démontré qu'un peu de poudre de gallanol ajouté au bouillon de culture, non seulement empêche le développement, mais encore tue assez rapidement les bacilles cholériques. Ces recherches sont continuées.

des eczémas et certains psoriasis est un agent thérapeutique précieux, il peut trouver d'autres applications.

Le gallanol n'est toxique qu'à hautes doses. Un chien de 10 kilos n'est pas tué par une injection sous-cutanée de 5 gr. gallanol rendu soluble dans l'eau à la faveur de la soude.

L'action microbicide assez active du gallanol aussi bien que sa non-toxicité sont autant de conditions favorables à son emploi comme agent préventif dans certaines maladies infectieuses ou comme agent abortif. N'oublions pas qu'à doses très faibles, il arrête sinon le développement, du moins le pouvoir pathogène des microbes.

Depuis nos expériences de laboratoire si probantes, le docteur Hubscher (de Bâle) est arrivé à cette conclusion, à la suite de ses observations cliniques, que le gallanol est pour lui le meilleur remède dans les mycoses vraies de la peau, telles que le favus, les trichophyties et autres maladies parasitaires végétales. Nous enregistrons avec plaisir ces résultats qui sont d'accord avec les données du laboratoire, sur l'action antiparasitaire du gallanol qui a sans doute un caractère général.

DU TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE PAR LES BADIGEONNAGES DE GAÏACOL;

Par L. Bard, agrégé, médecin des hôpitaux.

Fin. — (Voir le nº 44.)

III. — S'il est facile d'apprécier et d'étudier dans ses détails l'action antithermique des badigeonnages de gaïacol, il est plus difficile assurément de reconnaître et de préciser l'influence qu'ils exercent sur l'évolution de la maladie, ainsi que l'utilité curative de leurs effets. Les observations que je publie aujourd'hui me paraissent de nature à montrer que cette influence est réelle dans les cas d'érysipèle de la face.

Ces cinq cas d'érysipèle ont tous guéri; sans doute le pronostic de l'érysipèle de la face n'est pas très grave et la guérison est la terminaison la plus fréquente; cependant la mortalité est loin d'être négligeable dans les cas graves, et

quatre de mes cas avaient présenté avant les badigeonnages une gravité au-dessus de la moyenne. Dans trois d'entre eux on a constaté de l'albumine dans les urines; dans les quatre il y a eu du délire prolongé; dans deux cas les phénomènes ont été particulièrement alarmants et se sont accompagnés d'un état d'affaissement extrême très voisin du coma.

La défervescence a pu être hâtée dans tous les cas et l'a été très certainement dans deux ou trois d'entre eux. Dans l'observation I, nous voyons une fièvre, arrivée au neuvième jour, présentant à peine un léger abaissement, cesser brusquement sous l'influence d'un seul badigeonnage, alors que le délire et les phénomènes généraux persistaient encore avec leur intensité antérieure; on peut penser, et probablement à juste titre, que la défervescence spontanée était prochaine, peut-être eût-elle eu lieu graduellement les jours suivants, peut-être même assez brusquement le lendemain matin, mais il est bien certain qu'elle ne se fût pas faite soudaine et définitive, en deux heures, dans l'après-midi, comme il est arrivé sous l'influence du premier badigeonnage.

Dans l'observation II, il s'agit d'un cas bénin, d'un érysipèle à répétition chez un jeune homme de 17 ans; là encore cependant l'influence du gaïacol pour hâter l'évolution de la maladie et la défervescence paraît manifeste. Le premier badigeonnage a eu lieu le lendemain de l'entrée du malade; la température, qui se maintenait en plateau au voisinage de 39°,5, n'est plus que de 38°,3 le matin du lendemain de ce badigeonnage; elle se relève le soir à 39°,7, mais pour tomber en deux heures, dans l'après-midi, à 37°,6 sous l'influence d'un nouveau badigeonnage et rester dès ce moment à la normale. Ajoutons que ce malade racontait qu'il avait présenté depuis deux ans 5 érysipèles analogues dont l'évolution avait duré une quinzaine de jours; ce dernier au contraire s'est terminé au cinquième jour, après deux badigeonnages séparés par un intervalle de 24 heures.

Dans l'observation III, le malade est entré au quatrième jour, en plein délire, dans un état grave; trois badigeonnages faits en deux jours ont amené le malade à la normale dès l'après-midi du second jour; la température reste basse toute la nuit et se retrouve encore à 37°,5 le lendemain matin. La

maladie prenait ainsi la même marche que dans les deux cas précédents et la guérison s'annonçait avec une rapidité imprévue. Le soir de ce jour cependant la fièvre reparaît, le gaïacol ne peut en arrêter l'ascension; mais celle-ci est due à une complication très menaçante : on constate de la tuméfaction et de l'empâtement dans la région parotidienne droite, le délire reprend et on peut craindre une parotidite suppurée. Deux nouveaux badigeonnages restent sans effet antipyrétiques, néanmoins un troisième est suivi de la résolution du gonflement, de la chute définitive de la fièvre, de la disparition du délire et de la transformation complète de l'état général. Du fait de cette complication, la défervescence n'a été reculée que de 2 jours et s'est faite au 8e jour, après 4 jours de traitement, malgré un ensemble de phénomènes aussi alarmant.

Dans l'observation IV, les phénomènes sont également graves, l'érysipèle s'étend assez loin sur la nuque et sur le cou; le malade entre au quatrième jour, c'est un alcoolique; la face présente de nombreuses écorchures traumatiques, qui se sont produites le lendemain du début de la maladie, par la chute du malade du haut du parapet d'un quai sur lequel il s'était endormi. La température se maintenant en plateau à 40°,2, un badigeonnage fait le lendemain de l'entrée a abaissé la température au-dessous de 39° en deux heures; celle-ci reste abaissée toute la nuit et se retrouve encore à 38°,5 le lendemain matin. Après un jour d'apyrexie relative, la fièvre reprend, résiste deux jours au gaïacol, mais se laisse ensuite ramener à la normale en deux jours. La réalité de l'action durable du gaïacol se révèle encore ici sur la courbe, par ce fait que la courbe des maxima est régulièrement descendante, non seulement du jour au lendemain, mais du matin au soir en un même jour.

L'observation V se rapporte au cas qui a été le plus grave; cette gravité s'explique sans doute en partie par ce fait qu'il s'agissait d'un érysipèle traumatique; au lieu de débuter par la racine du nez comme à l'ordinaire, l'érysipèle s'est développé autour d'une petite plaie qui existait depuis quelques jours sur le pavillon de l'oreille gauche. Quoi qu'il en soit, le malade entrait au huitième jour de sa maladie; les badigeonnages n'ont été commencés que le lendemain; pendant les trois

premiers jours du traitement, le gaïacol a provoqué des abaissements faibles, de peu de durée, et n'exerçant aucune action apparente sur la courbe des maxima; ce n'est qu'après le huitième badigeonnage, le soir du quatrième jour du traitement, que l'abaissement de la température se prolonge au delà de l'action simplement antithermique du médicament; à partir de ce moment on gagne rapidement du terrain, et trois nouveaux badigeonnages suffisent pour atteindre la normale, par une descente progressive, dès lors semblable à celle des deux derniers jours de l'observation précédente.

Les détails qui précèdent mettent hors de doute l'existence, à côté de l'action antithermique générale des badigeonnages, d'une action d'un autre ordre, prolongeant son effet au delà de la première, et exerçant une influence réellement curative, soit sur le processus pathologique lui-même, soit tout au moins sur les effets nocifs qu'il développe sur l'organisme. Cette seconde partie de l'action du gaïacol s'accuse par la persistance de l'apyrexie bien au delà des trois ou quatre heures auxquelles la première action limite son influence; c'est elle qui explique, suivant les cas, tantôt la persistance d'emblée définitive de la défervescence artificielle obtenue, tantôt seulement la persistance d'une apyrexie relative, que les badigeonnages ultérieurs ne tardent pas alors à abaisser à leur tour et à changer en apyrexie complète.

IV. — Les difficultés que l'on éprouve à fournir une explication exacte de l'action antithermique immédiate, se retrouvent au même degré quand on veut expliquer cette influence antipyrétique durable. De nouvelles recherches permettront peut-être de résoudre le problème; en tout cas, l'observation des faits cliniques peut suggérer quelques hypothèses qu'il appartiendra aux observations ultérieures de vérifier.

Des opinions contradictoires se sont fait jour sur le mécanisme de l'abaissement thermique; chacun a suivi un peu son penchant. Sciolla admet formellement l'absorption du gaïacol et formule une hypothèse chimique à la mode du jour : la combinaison du médicament avec les toxines pyrétogènes qu'il arriverait ainsi à annihiler. Guinard, en physiologiste, nie l'absorption par la peau, et, comme l'inefficacité de l'absorption par les voies respiratoires a été mise hors

de doute, tant par les observations cliniques que par ses expériences animales, il invoque une action sur le système nerveux, s'exerçant à la périphérie sur les terminaisons nerveuses, et agissant par voie réflexe sur les grandes fonctions. Pour lui, les badigeonnages de gaïacol appartiennent plutôt à la médication révulsive qu'à la médication antipyrétique.

On ne peut guère admettre une action antiseptique propre au gaïacol, parce qu'elle ne pourrait pas être aussi rapide, aussi générale dans des affections très diverses, et parce que de plus elle serait hors de proportion avec les doses, certainement assez faibles, que la peau peut absorber.

Pour ma part, je suis très enclin à admettre l'action du gaïacol sur les centres nerveux, mais sans trop me prononcer sur le mécanisme de cette action ; qu'il agisse par absorption cutanée ou par action périphérique, il est vraisemblable que ce corps exerce à la fois une action modératrice, ou même anesthésique, sur les centres thermiques, et une action vaso-motrice périphérique plus ou moins étroitement liée à la première.

Comment, avec cette manière de voir, expliquer l'action antipyrétique durable du médicament, moins générale assurément, mais peut-être plus importante encore que son action antithermique immédiate ; action que Sciolla n'a pas signalée, qui n'existe sans doute que dans certaines affections ou dans certains cas à déterminer, mais dont mes observations suffisent à démontrer la réalité. L'hypothèse précédente sur les propriétés physiologiques du médicament permet à mon sens de la comprendre. L'action du gaïacol doit être double : d'une part il rend les centres thermiques moins excitables, moins sensibles aux impressions qu'exercent sur eux les produits pathologiques pyrétogènes ; d'autre part il exerce une influence directe, résolutive, sur le processus anatomique lui-même, par l'intermédiaire des phénomènes vaso-moteurs qu'il commande. De l'intensité et de la puissance variables de ces deux modes d'action dépend le degré d'influence curative que le gaïacol exerce ; il est facile de comprendre que celle-ci doive varier suivant les affections, et aussi suivant la période ou le degré d'intensité d'un même processus pathologique pyrétogène.

On peut prévoir que cette influence atteindra son maximum d'activité dans deux séries de circonstances, qui peuvent exister séparément ou se rencontrer associées. D'une part, quand il s'agira de processus anatomiques à résolution traînante ou torpide et néanmoins très accessibles à des influences vasculaires; d'autre part, quand la fièvre, par sa persistance anormale ou par son degré, sera hors de proportion avec sa cause, ou lui aura survécu, par le fait d'une susceptibilité anormale des centres thermiques, créée peut-être elle-même temporairement par l'habitude vicieuse et une sorte de vitesse acquise. Cette manière de voir m'est inspirée non seulement par la connaissance de l'action du gaïacol sur les malades atteints d'érysipèle, mais encore par celle de même ordre qu'il exerce sur d'autres affections fébriles, et notamment dans certains cas sur la tuberculose.

V. — Quoi qu'il en soit de cette interprétation, les observations qui précèdent démontrent l'efficacité des badigeonnages de gaïacol contre l'érysipèle de la face; de nombreuses observations permettront seules de préciser les limites de leur puissance; on peut affirmer dès à présent qu'ils diminueront la gravité et la durée du plus grand nombre des cas; il est permis d'espérer qu'ils pourront aussi en diminuer la mortalité elle-même.

De nouvelles observations sont encore nécessaires pour fixer avec précision les détails de la méthode. D'après ce que j'ai vu et ce que j'ai appris en maniant le gaïacol, je pense qu'on peut adopter comme règle de conduite la dose de deux grammes par badigeonnage et l'emploi de deux badigeonnages par jour, quand la température est soutenue, et qu'elle se maintient au-dessus de 39°; le badigeonnage du matin peut être supprimé quand la température ne dépasse pas 38°,5; celui du soir peut être abaissé à un gramme quand la température ne dépasse pas 39°; mais il ne doit être supprimé que si elle est au-dessous de 38°. Il faut se défier de la possibilité d'observer de trop grands abaissements brusques, quand on commence le traitement au voisinage de la défervescence spontanée; pour éviter toute surprise, il est bon de faire le premier badigeonnage de un gramme seulement, et de n'élever la dose que si la réascension a ramené la fièvre à son taux antérieur.

Ces règles me paraissent être actuellement les meilleures, mais elles ne doivent pas être absolues, et elles seront peut-être à modifier après plus ample expérience.

Dans un prochain travail, j'exposerai les résultats des observations déjà nombreuses que j'ai recueillies sur l'action du gaïacol sur la fièvre des tuberculeux ; elles me permettront de confirmer avec plus de précision et de certitude les conclusions que j'avais déjà formulées sur ce point dans mon premier mémoire ; elles montreront que les badigeonnages de gaïacol exercent leur action antithermique ordinaire dans toutes les formes de la tuberculose, mais qu'ils présentent des dangers dans certaines d'entre elles, et qu'ils ne possèdent une influence nettement utile et curative que dans des cas plus rares et dans certaines formes bien déterminées de la maladie.

FISTULE URÉTÉRALE ; NÉPHRECTOMIE ; GUÉRISON ;

Par R. CONDAMIN,
Professeur agrégé à la Faculté.

Les fistules urétérales sont toujours difficiles à guérir, surtout si elles siègent dans l'intérieur du petit bassin, car alors généralement il s'agit d'une destruction de la partie inférieure du conduit.

La thérapeutique chirurgicale de ces fistules est encore hésitante et demande des faits plus nombreux, pour juger de la valeur des diverses méthodes. C'est ce qui ressort bien des conclusions de l'article FISTULE DE L'URÈTHRE du *Traité de chirurgie*, signé Tuffier.

« Pour les fistules gynécologiques, dit Tuffier, c'est l'anastomose du bout inférieur de l'uretère avec la vessie qu'il faut rechercher, soit qu'on fasse une greffe directe, soit qu'on agisse par autoplastie. Là encore les difficultés opératoires sont variables suivant les cas. D'une façon générale, si cette anastomose n'est pas possible, les tentatives d'occlusion par avivement à quelques centimètres au-dessous de la fistule, et suture transversale peuvent réussir. Enfin, le kolpokleisis ou occlusion vaginale (Hahn), ou la néphrectomie, seront les deux dernières ressources auxquelles on aura recours. Il

est impossible avec les faits publiés de poser les indications de l'une ou de l'autre de ces deux opérations. L'âge de la malade, la cause de la fistule, et par conséquent la survie à attendre de l'opération principale, sont des éléments importants. »

Comme on le voit, d'après ces quelques lignes écrites par un des chirurgiens qui s'est le plus occupé de chirurgie rénale et urétérale, les indications opératoires dans les fistules urétérales sont fort vagues. Néanmoins, il semble qu'un élément dont on doive tenir grand compte dans ces cas, c'est l'infection du rein correspondant à la fistule. La néphrectomie dans ces cas semble être la méthode de choix, puisqu'elle guérit en même temps et la fistule et le rein malade.

C'est à cette conclusion qu'est arrivé dernièrement notre ami Picqué à propos d'un cas de fistule urétérale s'accompagnant de pyonéphrose. Comme cette dernière observation, celle que nous publions ici renferme des raisons thérapeutiques qui militent absolument en faveur de la néphrectomie plutôt que de toute autre intervention.

Observation. — Bl. M..., âgée de 22 ans, entre à la Charité, service de M. le prof. Laroyenne, le 3 janvier 1893. Cette malade jouit d'un excellent état général et ne souffre du ventre que depuis six à huit mois. Bien réglée habituellement.

Ces derniers temps, à la suites de fatigues génitales et autres, elle a vu augmenter les légères douleurs qu'elle ressentait du côté gauche. A son entrée à la Charité, on constate une collection probablement pyosalpingienne du côté gauche, avec empâtement notable de ce côté. Du côté droit, un peu sensible cependant, on ne trouve pas de lésions bien manifestes.

Le 6 janvier 1893, M. le prof. Laroyenne pratique une ponction, avec large débridement suivant sa méthode, de la collection purulente. Il s'écoule un verre de pus environ. Une éponge d'abord, puis des mèches de gaze iodoformée, sont placées à cheval sur l'orifice laissé par la ponction et le débridement. La malade est immédiatement soulagée ; la température baisse et au bout de quelque temps, on lui permet de rentrer chez elle à la condition qu'elle reviendra

immédiatement se faire placer une mèche iodoformée, si celle qu'elle porte tombe. Elle rentre chez elle et ne se préoccupe pas autrement de ces recommandations, se fatigue, etc.; bref, elle rentre le 20 février 1893 avec une nouvelle collection du côté gauche. L'ancien orifice est à peu près comblé. M. le prof. Laroyenne croit un nouveau débridement indispensable pour la guérison de cette malade et y procède immédiatement. A la suite de celui-ci, on constata une fistule urétéro-vaginale gauche.

Le débridement n'avait pas dépassé les limites ordinaires; mais dans ces cas d'interventions secondaires les uretères ont suivi la rétraction de la poche, sont attirés en arrière et en dedans, et par suite plus sujets à être intéressés par le tranchant des métrotomes.

Les symptômes pyo-salpingiens s'amendent complètement les jours suivants, mais les urines s'écoulent toujours partiellement par le vagin. Les urines émises par la miction ne dépassent pas 700 à 800 grammes.

Le 20 mars, les urines perdues par la fistule urétérale ne diminuent pas de quantité. La malade, munie d'un urinal qui recueille les urines perdues par le vagin, rentre chez elle.

Quelques jours après, elle éprouve brusquement une courbature générale avec grands frissons; elle se met au lit d'abord, puis rentre de nouveau à la Charité le 16 mai 1893.

On constate alors par la palpation abdominale combinée à la palpation lombaire, le rein gauche notablement augmenté de volume et surtout très douloureux. Les douleurs s'irradient également le long de l'uretère correspondant qui est douloureux et appréciable au toucher.

Quantité d'urine émise en 24 heures par la miction : 600 gr.

En face de cet état on propose à la malade une néphrectomie qui est acceptée.

19 mars 1893. Néphrectomie lombaire par MM. Laroyenne et Condamin. Incision lombaire un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Aucun incident à noter. L'hémostase du pédicule rénal est faite par une longue pince courbe et deux pinces hémostatiques ordinaires qui sont laissées en place pendant 64 heures.

Léger tamponnement à la gaze iodoformée de la portion inférieure de la plaie.

Examen du rein. — Le rein enlevé est d'un tiers plus gros qu'un rein normal. Il s'est laissé décortiquer facilement et présente à sa périphérie une série de petits points jaunâtres bourgeonnants et très congestionnés. Voici ce qu'a donné l'examen histologique fait par M. Regaud :

« Le rein est profondément altéré.

Les épithéliums des tubuli contorti et des canaux d'excrétion ne sont pas très lésés. Tout en présentant un état catarrhal évident, caractérisé par une légère desquamation en certains points, l'abrasion des extrémités cellulaires presque partout dans les tubes contournés, enfin par la présence de cylindres d'espèces variées occupant la lumière des tubes, il est certain que ces lésions sont secondaires, car les noyaux de tous ces épithéliums sont fort bien colorés. Il n'y a donc pas de néphrite épithéliale proprement dite.

Les glomérules sont beaucoup plus atteints. Quelques-uns sont entièrement fibreux. D'autres sont en voie de le devenir. La plupart sont aplatis dans un coin de la capsule de Bowmann et vides de sang. La cavité capsulaire est occupée par un exsudat albumineux. Il est des groupes de glomérules presque intacts.

Les grosses lésions sont interstitielles.

En certain point, plus fréquents dans la substance corticale ou à la limite des pyramides, les éléments nobles du rein sont enserrés dans du tissu fibreux définitivement organisé. Beaucoup plus fréquemment, le tissu fibreux est en voie de formation : les tubes contournés et les sections de tubes droits apparaissent, sur les coupes, dissociés, écartés les uns des autres, et leurs intervalles sont occupés par un tissu connectif encore riche en cellules, et dont les travées fibrillaires sont lâches.

Enfin il existe des points nombreux d'œdème intense périglomérulaire et péritubulaire.

Sous la capsule du rein il existe des points d'hémorrhagie interstitielle de cause inconnue.

Sur des coupes traitées par la méthode de Gram-Weigert, il n'a pas été vu de microbes.

Il est fort regrettable à tous égards, et particulièrement

pour l'étude de la congestion et de l'œdème, que la pièce n'ait pas été fixée, en fragments plus petits, par le liquide de Müller.

Léger degré de sclérose périvasculaire.

En résumé, néphrite interstitielle en voie d'évolution; lésions épithéliales secondaires.

Les coupes ont été soumises à l'examen de M. le professeur Renaut, dans le laboratoire duquel cet examen a été fait. »

20 mai. La malade va bien. Pas de schok. Quantité d'urine émise par la miction : 400 gr. Elle ne perd plus par sa fistule vaginale.

22 mai. On enlève les pinces. État général très bon, malgré un peu de température.

24 mai. Vives coliques dans la journée d'hier et d'aujourd'hui. Les règles, qui étaient en retard de quinze jours, et qui lui faisaient craindre un début de grossesse, apparaissent. Ce détail montre combien la malade s'était peu ménagée chez elle; il est de nature également à rassurer, au point de vue génital, les malades qui perdent leurs urines.

25 mai. Les urines prises directement dans la vessie par la sonde présentent un dépôt abondant renfermant de nombreux globules blancs, des urates et des cristaux d'acide urique.

27 mai. L'état général est excellent. La température est tombée. On diminue les mèches de gaze iodoformée qui drainent la partie supérieure de la plaie.

1er juin. La malade se lève. Quantité d'urine émise en 24 heures : 1600 gr.

Examen des urines : 10 gr. 8 d'urée par litre; 15 gr. 4 en 24 heures. — Acide phosphorique : 2 gr. par litre, 3 gr. en 24 heures.

Pas de sucre. Un peu d'albumine.

9 juin. La malade se plaint de souffrir un peu au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle garde le lit. On sent au palper un peu de tuméfaction sur le trajet de l'uretère gauche. T. 38°,6.

10 juin. La fistule urétéro-vaginale s'est rouverte et a donné issue à une certaine quantité de liquide séro-purulent. A partir de ce moment la malade souffre de moins en moins. La plaie lombaire est complètement cicatrisée.

20 juin. La malade rentre chez elle complètement guérie.

Revue en septembre 1893. Les urines sont normales. Elle ne souffre plus, ni du côté de ses annexes, ni du côté du rein. On ne perçoit plus le trajet de l'uretère gauche.

Réflexions. — Cette observation, comme on le voit, est très suggestive. Elle nous montre d'abord que dans les ponctions avec débridements, d'après la méthode de Laroyenne pour les suppurations du petit bassin, il faut, quand on opère pour la seconde fois un foyer purulent, ne pas faire des incisions de débridement aussi étendues que s'il s'agissait d'une première intervention, car les parois du premier foyer, en se rétractant, entraînent avec elles les uretères qui ne conservent plus alors les rapports qu'ils affectent normalement. C'est du reste un point de la méthode de notre maître, le professeur Laroyenne, sur lequel nous nous proposons de revenir prochainement.

En second lieu, nous trouvons dans cette observation un fait qui ne permettait pas de faire hésiter au point de vue intervention, c'est l'élévation de la température, concomitante avec une augmentation de volume du rein; qu'aurait pu faire en effet une occlusion de la fistule au fond du vagin ou une greffe à la vessie? Si la fistule était complète, une occlusion aurait amené des phénomènes de rétention graves, puisque en somme on aurait fait quelque chose d'analogue à une ligature du canal urétéral; nous avons observé dans le service de M. le professeur Laroyenne un cas qui rentre dans cette catégorie de faits.

C'était une malade, se portant bien du reste, qui était porteur d'une fistule urétérale dont elle voulait être débarrassée. Les urines paraissaient normales. On tenta l'occlusion de la fistule par une application de pâte de Vienne et de Canquoin. A la suite de ce traitement, on vit en effet la perte d'urines s'arrêter, mais en même temps la température s'éleva jusqu'à 41°. On crut à ce moment que la malade allait succomber, lorsque brusquement la fistule urétéro-vaginale se rétablit, donnant issue à une urine purulente. Immédiatement la température s'abaissa et la malade ne voulut plus entendre parler d'une nouvelle intervention, qui cette fois aurait certainement été une néphrectomie.

Qu'aurait produit dans ce cas et dans celui que nous venons de rapporter une greffe vésicale, à supposer qu'elle eût été possible ? Aurait-elle fait cesser l'infection du rein? En aucune façon. La néphrectomie était donc la méthode de choix.

Nous croyons bon d'insister sur l'utilité de conserver pendant quelque temps, après la néphrectomie, la perméabilité de la fistule vagino-urétérale, et cela pour éviter ce qui s'est produit chez notre malade. Nous n'avons pas été sans redouter une complication, quand quelques jours après l'opération la température est remontée, quand il s'est produit des accidents de rétention purulente dans l'uretère oblitéré à ses deux extrémités. La nature semble nous avoir indiqué ce qu'il eût fallu faire en rétablissant pour quelque temps la perméabilité de l'orifice fistuleux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

La loi sanitaire, dite loi de protection de la santé publique, votée par la Chambre des députés dans la séance du 21 juin 1893, porte dans son article 9 la déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

M. Vallin, au nom d'une Commission nommée par l'Académie, propose comme obligatoire la déclaration des maladies ci-dessous : choléra et affections chlolériformes, fièvre jaune, peste, rougeole, scarlatine, variole, suette miliaire, dipthérie, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, dysenterie épidémique, maladies puerpérales, dans le cas où le secret médical n'aura pas été demandé, et enfin l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

La liste dressée par le Comité consultatif d'hygiène contenait en outre des maladies précédentes l'érysipèle et la coqueluche.

A l'appui de l'utilité de cette déclaration, le rapporteur cite plusieurs exemples dont le suivant entraîne la conviction : une famille étrangère vient habiter un appartement sur l'un de nos grands boulevards. Un enfant meurt de la

diphtérie, la famille part précipitamment, sans qu'aucune mesure de désinfection ait été prise. Une autre famille quelque temps après vient habiter le même appartement et perd successivement plusieurs de ses membres. Il est regrettable que le médecin de la famille n'ait pas signalé le premier cas de diphtérie.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses est donc le seul moyen de faire une économie considérable d'existences humaines, et cette déclaration ne peut être imposée qu'à celui qui peut réellement la faire, c'est-à-dire au médecin. Les cas sont d'ailleurs bien rares dans lesquels notre indiscrétion pourrait réellement porter atteinte à l'honneur d'une famille. La déclaration d'une maladie contagieuse cause bien moins d'ennui à une famille qu'un certificat d'aliénation mentale.

La plupart des articles proposés par le projet émanant du Conseil d'hygiène font l'objet d'une discussion animée.

M. Le Roy de Méricourt repousse l'obligation de la divulgation du diagnostic des maladies infectieuses proposées par la Commission.

Faudra-t-il, comme en Hollande, afficher à la porte du malade l'indication de l'affection contagieuse dont celui-ci est atteint?

En ce qui touche la variole, pourquoi n'active-t-on pas le vote de la loi sur la vaccination obligatoire? N'y a-t-il pas aussi de graves inconvénients à divulguer un diagnostic même dans une famille qui, en présence d'une affection grave peut se trouver terrorisée?

Les services rendus par cette révélation seront-ils constants, à la campagne, par exemple? Évidemment non. Dans un milieu où le service de désinfection officielle fonctionne, la divulgation est inutile; il suffit de prévenir ce service. M. Le Roy de Méricourt déclare en finissant qu'il ne saurait admettre les conclusions de la Commission.

M. Lereboullet, tout en approuvant le principe d'une loi qui doit avoir pour objet exclusif de protéger la santé publique, insiste pour que la liste de l'Académie soit aussi restreinte que possible et ne renferme que le nom de maladies graves et justiciables de mesures sanitaires bien prises. La rougeole ne rentre pas dans cette catégorie, puisqu'elle

ne peut être conjurée par la désinfection et qu'elle ne devient grave que par des complications justiciables de soins individuels et non de mesures administratives. D'autre part, en parlant au nom des praticiens plutôt encore que des hygiénistes exclusivement préoccupés de sauvegarder les principes généraux, il demande que l'on n'inscrive pas au nombre des maladies dont la déclaration sera rendue obligatoire les maladies des femmes en couches.

M. Grancher constate que les seuls moyens qui soient pratiques et efficaces sont l'isolement et la désinfection. Or, en ce qui touche la rougeole, l'isolement est inefficace parce qu'il a lieu trop tard ; la désinfection, elle aussi, est inutile, parce que la virulence du germe rubéolique a une durée trop éphémère.

A quoi bon obliger le public à une déclaration pour une maladie, alors que les mesures administratives ne seraient que vexatoires ?

L'Académie donne raison à MM. Lereboullet et Grancher en ce qui touche la rougeole.

M. Lefort estime que, dans les cas de fièvre puerpérale, la sage-femme doit être obligée à la déclaration. Ici, le véritable danger est celui que la sage-femme crée elle-même. Chacun sait que la contagion a lieu trop souvent par transport, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'accoucheuse.

En ce qui touche l'ophtalmie des nouveau-nés, M. Le Fort est d'avis qu'il est également nécessaire d'imposer cette déclaration à la sage-femme, afin que le médecin soit appelé à intervenir

Après plusieurs autres observations sur différentes affections faites par MM. Brouardel, Hallopeau, Chauvel et Kelsch, l'Académie a définitivement adopté la liste suivante des maladies dont la déclaration sera rendue obligatoire :

Choléra et affections cholériformes, fièvre jaune, peste, variole et varioloïde, scarlatine, suette miliaire, diphtérie, croup et angine couenneuse, fièvre typhoïde, typhus, dysenterie, infection puerpérale, ophtalmie des nouveau-nés.

Cette liste sera transmise au ministère de l'intérieur, juge en dernier ressort, pour accepter dans son ensemble ou restreindre la nomenclature sanctionnée par le vote consultatif de l'Académie. (*Séance du* 17 *octobre* 1893.)

REVUE DES LIVRES

Des injections hypodermiques de créosote et d'aristol dans la tuberculose pulmonaire, par M. le docteur Albert Mathian. Thèse de Lyon, 1893.

Pendant le cours de son internat dans les hôpitaux de Saint-Étienne, l'auteur a vu appliquer dans le service de M. Roussel les injections sous-cutanées de créosote et d'aristol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. C'est le résultat de ces recherches qu'il expose dans sa thèse inaugurale.

Pour l'injection de créosote, M. Roussel donne la préférence à la solution suivante :

Créosote pure de hêtre...........	30 grammes.
Huile d'amande douce ou d'olive stérilisée.....................	60 —

Il injecte 5 à 6 cent. cubes de cette solution dans le tissu cellulaire sous-cutané pendant 15 à 20 jours de suite.

Pour l'aristol on a également employé pour véhicule l'huile et on s'est servi de solutions différentes à 20, 15, 10 et 5 °/₀. L'auteur donne la préférence à la solution la moins concentrée, il s'est contenté habituellement d'injecter pendant quinze jours de suite une dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 d'aristol.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. A. Mathian :

I. Les injections hypodermiques créosotées faites avec une solution huileuse au 1/3, et à des doses de 5 à 6 centimètres cubes, sont bien supportées par le tissu cellulaire sous-cutané. La douleur sur le moment est vive, mais cède rapidement.

Elles n'ont jamais occasionné un accident grave.

Elles occasionnent toujours une réaction; mais à leur suite nous n'avons jamais constaté ni hypothermie, ni collapsus.

Les résultats immédiats sont satisfaisants : augmentation de poids rapide et souvent considérable; appétit meilleur; disparition des sueurs nocturnes; parfois modification légère des signes pulmonaires.

L'amélioration n'a jamais été durable; sur vingt malades

injectés, douze sont morts après un temps plus ou moins long; un ne tardera pas à succomber; trois sont dans un état satisfaisant; les autres n'ont pu être revus.

II. Les injections hypodermiques d'aristol à la dose moyenne de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 sont bien supportées par le tissu cellulaire sous-cutané.

Elles n'occasionnent pas de réaction sensible.

Les résultats immédiats se font surtout sentir dans la santé générale du malade : les forces reviennent, l'aspect extérieur est bon. Aucune action sur la fièvre.

Les lésions pulmonaires semblent dans certains cas rétrocéder, mais lentement; ordinairement l'affection reste stationnaire, l'échéance fatale est reculée. Sur douze malades, quatre sont en bon état, deux sont morts, les autres stationnaires.

Si nous comparons entre elles les deux méthodes de traitement que nous venons de décrire, nous arrivons à cette conclusion que l'aristol semblerait donner de meilleurs résultats que la créosote; il offre, de plus, sur cette substance l'avantage d'être moins dangereux à administrer.

REVUE DES JOURNAUX

De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, par Bardol. — De même que chez l'adulte, l'hystérie peut chez l'enfant revêtir le masque de certaines affections nerveuses organiques et notamment d'affections de l'encéphale.

C'est ainsi que l'hystérie peut simuler l'hémiplégie spasmodique infantile. La première observation du travail de Bardol concerne un enfant de 12 ans qui présentait une hémiplégie avec contracture, hémichorée, déformations prononcée des membres et athétose. L'absence d'épilepsie, de troubles intellectuels et d'aphasie, l'intégrité des muscles et de leurs réactions électriques, etc., permit de rejeter l'idée d'une hémiplégie avec lésions organiques du cerveau.

Il peut exister, d'autre part, chez les enfants des syndromes hystériques simulateurs de maladies par lésions limitées de la zone motrice corticale. Ainsi des accidents hystériques peuvent simuler l'épilepsie partielle, et c'est seulement de-

puis le travail de Ballet (1884) que l'on connaît l'existence de l'épilepsie partielle de nature hystérique. La monoplégie hystérique ne peut guère être confondue avec la monoplégie par lésion corticale; elle se distingue par son mode de début et surtout par l'existence de l'anesthésie, à distribution spéciale (limitation circulaire à la racine du membre).

L'aphasie hystérique infantile peut être confondue avec l'aphasie par lésion, quand elle survient à la suite d'une maladie infectieuse ou d'un traumatisme.

C'est surtout la pseudo-méningite hystérique qui peut en imposer pour la méningite aiguë. Pour établir le diagnostic on doit s'appuyer sur les caractères du pouls que l'on n'a jamais trouvé irrégulier, sur la rareté de la fièvre (Pitres), sur la marche de la maladie (qui procède par crises et soubresauts), enfin sur l'existence des stigmates hystériques. (*Revue des sc. méd.*, 15 oct. 1893.)

Sur la fièvre gonorrhéique chez des accouchées n'ayant pas subi le toucher vaginal, par le docteur Léopold. — Depuis longtemps l'auteur a attiré l'attention des accoucheurs sur ce fait que les femmes accouchées qui n'ont pas subi le toucher vaginal ne présentent presque jamais de fièvre post partum. Cependant des observations rigoureuses poursuivies pendant sept ans lui permirent de constater que même les femmes qui ont échappé au toucher vaginal présentent de la fièvre post-puerpérale dans la proportion de 1 à 2 °/₀ des cas. Or, dans la plupart de ces cas on a pu éliminer toute autre cause d'infection, sauf la gonorrhée. Lorsque la gonorrhée a été constatée, elle a pu être confirmée par l'examen microscopique de la sécrétion du col. La fièvre gonorrhéique a persisté dans le dernier cas, soigneusement décrit, tant que le col et l'utérus n'ont pas été désinfectés au sublimé. Il est à remarquer que la gonnorrhée n'est pas toujours manifeste avant les couches et que son premier signe peut être la fièvre post-puerpérale. Celle-ci apparaît souvent seulement au bout de trois jours après l'accouchement. (*Intern. klin. Rundschau*, 13 août.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

DES PLAGES BRETONNES.

Fin. — (Voir le n° 44.)

De Brest à Vannes, il n'existe guère que des plages de second ordre plus fréquentées, ai-je dit plus haut, par l'habitant des villages ou villes environnantes. Sans doute quelques-unes d'entre elles sont formées de sable fin et présentent un site avantageux, mais leur éloignement de tout centre, de toute agglomération les rend presque inabordables. J'ai déjà cité celles d'entre elles qui, situées dans cette région, ont quelque importance locale, mais je dois ici faire mention de certaines autres, qui, ces dernières années surtout, ont pris une extension méritée. Tel Quiberon qui offre au baigneur une belle plage de sable fin, bien exposée au large, tel Douarnenez dont la beauté de la baie lui a fait donner le surnom de « Baie de Naples du Nord », tel Audierne dont les grèves, malheureusement graveleuses, regardent l'immense Océan, etc. Mais il faut arriver à l'embouchure de la Loire pour retrouver un certain nombre de plages plus ou moins belles, agencées pour recevoir le baigneur. Les unes occupent la rive bretonne qui s'étend au nord de l'embouchure de la Loire, les autres, au contraire, sont échelonnées sur la côte sud.

Celles de la côte nord s'étendent de Saint-Nazaire vers le Croisic. Quelques-unes en se fusionnant constituent une plage unique, fort étendue, exclusivement sablonneuse, qui n'est pas sans analogie avec celle de Saint-Malo à Paramé. J'ai nommé les plages de Pornichet, Escoublac-la-Baule, le Pouliguen. Un tramway à vapeur, établi sur la plage même, relie toutes ces localités entre elles. Elles offrent en outre une certaine végétation, représentée presque exclusivement par des bois de pins, végétation qui est beaucoup moins épaisse et moins riche qu'à Dinard ou Paramé. Mais la plage est faite d'un sable fin, sans gravier et qui n'est jamais soulevé par le vent. Dépourvue de rochers, elle est sûre et accessible, — si ce n'est au Pouliguen, — à toute heure, bien que plus commodément à marée pleine ou ascendante.

Reste encore à signaler sur cette côte les petites plages de Bourg-de-Batz et du Croisic. Le Croisic possède à vrai dire deux plages, mais la principale, la plus fréquentée, est à 1.500 mètres du bourg, dépourvue d'ombrage et entourée de vastes dunes presque arides. Aussi, par suite de cette distance, le Croisic est-il peu encombré de baigneurs qui lui préfèrent les autres stations précédemment examinées ; aussi crois-je que bientôt le Croisic ne devra plus conserver dans la suite qu'un caractère de simple petit port. C'est donc de Pornichet au Pouliguen que s'étend la plage du nord de la Loire ; il convient d'ajouter que la mer y est plus douce qu'au Croisic et surtout qu'au Bourg-de-Batz, à cause de la présence, à quelques milles de la côte, d'îlots de rochers qui atténuent les effets de la vague.

Tout autre est la côte au sud de la Loire. Immédiatement à l'extrémité de la rive méridionale du grand fleuve, on rencontre Saint-Brévin-l'Océan auquel on voudrait bien donner, en ce moment, un regain de prospérité et de développement, mais qui ne le mérite guère, car sa plage, bien que sablonneuse et entourée de quelques bois de pins, n'est battue que par une eau trouble, presque noirâtre qui se ressent de son mélange incessant avec les ondes de la Loire ; puis Préfailles, station relativement nouvelle, assez connue à l'heure actuelle, dont la plage rentre dans la catégorie des plages rocheuses. Je ferai plusieurs reproches à Préfailles : d'abord son manque d'ombre à peu près absolu, puis l'impossibilité que présentent ses deux plages d'être accessibles à marée basse. Peut-être y a-t-il aussi un autre inconvénient que j'ai été amené à constater moi-même, c'est que sa principale plage n'est pas sûre. Il se produit à pleine mer, surtout lorsque les vagues déferlent sur les crêtes des falaises, un courant de fond qui peut devenir dangereux surtout pour le nageur. Mais à ces quelques inconvénients, il faut opposer ce grand avantage qui, pour moi, est bien important à considérer et qu'on ne saurait peut-être trouver nulle part ailleurs aussi à la portée, c'est qu'après que la mer s'est retirée, on peut courir à l'aise sur la roche recouverte de *goëmons*, et se livrer à l'exercice si hygiénique de la pêche. La plage, enfin, regardant le grand Océan, nulle part peut-être ail-

leurs on ne sent mieux la brise marine, à marée montante surtout, comme sur ce point de la côte bretonne.

De Préfailles à Pornic, la falaise n'est que roche granitique, plus ou moins dentelée, plus ou moins abrupte. De chaque côté du canal, sur les bords duquel est bâti Pornic, sont deux espèces de promontoires, dont l'un, celui qui est au sud, est dit Gourmalon; et l'autre, au nord, s'appelle Sainte-Marie. En ces deux points, on note une végétation également fort riche. On se croirait revenu à Dinard. Mais il est vrai de dire que la main de l'homme a passé par là aussi, et qu'à grands frais, elle maintient en état et parcs et fleurs.

Pornic ne possède, à proprement parler, pas de plage où l'on se parque et où l'on s'entasse pour étaler les toilettes; il ne possède que de petites grèves, disposées çà et là entre deux avancements de rochers. Deux, entre autres, font face à l'étier du port lui-même et sont alimentées par une eau trouble presque bourbeuse. Les autres, dites de la Noveillard, de Gourmalon, de Sainte-Marie, bien que regardant le grand Océan, sont fort resserrées, voire même insuffisantes. Pornic, on peut le dire nettement, est à peu près dépourvu de plage convenable. Et pourtant, *à priori*, il présente toutes les conditions requises pour avoir une station de premier ordre, à savoir : l'ombrage, la pleine mer, la facilité des communications, puisque le chemin de fer y aboutit. Mais l'apathie jalouse des habitants, voire surtout l'incurie municipale, toutes choses communément observées parmi les populations des bords de la mer, ne font rien pour satisfaire l'intérêt public.

A la suite de Pornic et plus au sud, nous trouvons encore les Moustiers, Bourgneuf et surtout la Bernerie qui est, dit-on, considérée comme une station d'avenir, et qui me semble pourtant avoir acquis tout le développement qu'elle peut comporter. Il faut bien reconnaître, en effet, nombre de qualités à sa plage, car elle est essentiellement sablonneuse, abordable à tout moment, sûre et surtout présente une pente douce et presque insensible, mais il n'en est pas moins vrai que l'eau est trouble, et que le sable du fond y est assez mouvant.

J'en ai fini avec la description des côtes bretonnes. Toutefois je désire pousser ici une petite pointe en Vendée pour pouvoir dire un mot d'une île qui fait face à Pornic, que l'on

ne connaît pas assez et qui mériterait d'être plus appréciée : je veux parler de Noirmoutiers. Noirmoutiers, en effet, au point de vue administratif, fait partie de la Vendée, mais géographiquement parlant, par sa situation et par le service du bateau à vapeur qui la relie plusieurs fois par jour à Pornic, sa description rentre, à vrai dire, dans celle de la Bretagne proprement dite. Distante d'une vingtaine de kilomètres à peine de la côte bretonne, Noirmoutiers, dont la direction générale est oblique à la côte, est reliée à la terre ferme par son extrémité méridionale, à marée basse, et grâce à un gué, on on peut accéder en voiture ou à pied du continent sur l'île.

Noirmoutiers présente plusieurs plages; la plupart de celles qui sont fréquentées regardent les côtes de France. A part celle qui, sur la côte opposée, près de la Quérinière, s'étend en longue grève à faible inclinaison et pouvant rivaliser avec celle des Sables-d'Olonne, on peut dire que c'est sur le côté nord-est que sont les plages à l'abri du vent et à sable fin. Les plus recherchées sont celles de l'anse des Souzeaux, et surtout celle de l'anse de la Chaise, la meilleure de toutes, bien abritée et très sûre. Il est conseillé néanmoins aux nageurs d'éviter de dépasser les pointes à cause des courants violents qu'ils y rencontreraient. De même à celle des Souzeaux, la mer souvent tire un peu de fond par certains vents. Mais toutes sont constituées par un sable fin, sont toujours accessibles, bien que présentant une pente rapide. Toutes deux aussi, elles sont entourées d'un bois, dit le bois de la Chaise, où poussent des yeuses ou chênes verts séculaires, entremêlés de pins déjà anciens. L'Océan se creuse des anses dans ce fouillis d'arbres et de rochers, de sorte que les arbres épandent leur feuillage jusque sur la mer. Sans conteste ces plages paraissent des plus favorisées. D'une inclinaison relativement douce, à sable solide parce qu'il repose sur une couche profonde de galets, à mer le plus souvent calme, elles permetttent le bain à toute heure, et avantage qui a bien son importance, elles offrent avant et après les distractions de la promenade sous bois.

J. Éraud.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON. — La Société de médecine reprendra ses séances le lundi 6 novembre à quatre heures et demie.

Ordre du jour de la séance du 6 novembre :

M. POULLET : Guérison radicale des hernies, même chez les vieillards, sans ouverture du sac, par autoplastie fibro-périostique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON. — L'ordre du jour de la prochaine séance, qui aura lieu le mercredi 8 novembre, porte une communication de M. Couette sur l'action et l'indication du froid en hydrothérapie, et une étude de M. Sallès sur le cancer du péritoine.

CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECINS-CHIRURGIENS SUPPLÉANTS DES HOSPICES DE CHALON-SUR-SAÔNE. — Ce concours s'est ouvert à la Faculté de médecine le 30 octobre dernier, et s'est terminé par la nomination après d'excellentes épreuves de MM. les docteurs Désir de Fortunet et Trossat.

Nos deux distingués confrères, l'un et l'autre anciens internes des hôpitaux de Lyon, exerçaient depuis quelques années la médecine à Chalon où ils s'étaient déjà acquis une juste notoriété que viendra rehausser leur nouveau titre obtenu par le concours.

Nous ne saurions trop approuver la généreuse initiative prise par la Commission administrative des hospices de Chalon. En instituant le concours pour le recrutement de son personnel médico-chirurgical, elle a, suivant les anciennes traditions de nos hôpitaux, supprimé les nominations au choix et accordé aux seuls plus méritants une situation enviable. Il est à souhaiter que son exemple soit suivi par d'autres Commissions hospitalières de villes d'une certaine importance, non moins soucieuses de donner aux malades qui leur sont confiés toutes les garanties de savoir auxquelles ils ont droit.

C'est à la Faculté de médecine qu'ont eu lieu les épreuves, sous la présidence honoraire de M. Just-Faivre, vice-président de la Commission administrative des hospices de Chalon.

Le jury était composé de MM. les professeurs Ollier, président, Lépine, Poncet et Tripier.

Les trois épreuves ont été essentiellement pratiques :

1° *Épreuve de clinique médicale*, comprenant l'examen d'un malade atteint d'une affection interne.

Dix minutes ont été données aux candidats pour cet examen et une heure et demie pour la rédaction de la consultation.

2° *Épreuve de clinique chirurgicale*, comprenant le même temps que l'épreuve précédente, soit pour l'examen du malade, soit pour la rédaction du mémoire.

La lecture du mémoire a eu lieu en séance publique à la Faculté de médecine.

3° *Épreuve de médecine opératoire*. Les candidats ont eu à pratiquer la ligature de la carotide primitive.

Question restée : Pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

4° *Épreuve orale d'anatomie des régions.* La question sortie a été : Région carotidienne.

Question restée dans l'urne : Triangle de Scarpa.

Douze minutes ont été accordées aux candidats, avec la latitude de les utiliser à leur gré comme réflexion et comme exposition.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Commencé le 23 octobre, sous la présidence de M. le docteur Fochier, administrateur des hospices, avec un jury composé de MM. Vallas et Jaboulay, chirurgiens des hôpitaux, Leclerc et Pic, médecins des hôpitaux; suspendu pendant la journée du 25, à cause des fêtes franco-russes, le concours de l'externat a été terminé le 26. 57 candidats ont été nommés externes titulaires. Voici leurs noms par ordre de classement :

MM. Hugot, Carrel, Bec, Charvet, Magnet, Nodet, Vial, Vignard, Voron, Gaudet, Chaffal, Crapone, Caillot, Lavabre, Thevenot, Dechaume, Sgourdeos, Carle, Cantaz, Lochon, Perret, de Vaucher, Deville, Rigdt, Groussel, Guyotat, Julhiet, Mazeran, Levy, Jacques, Jarsaillon, Lacombe, Bœuf, Carrez, Royet, Levet, Daurand, Gault, Giroud, Jacquemin, Pinatelle, Ovize, Lascols, Gardette, Fragier, Juvanon, Balvay, Hotelor, Jamin, Bory, Manuelids, Lenoel, Despinet, Cauge, Latour, Martin, Lamy.

Le concours de 1893 offrait un intérêt particulier en raison de l'application du nouveau programme adopté par l'Administration des hospices, sur la demande de la Société médico-chirurgicale. Les modifications apportées à l'ancien régime consistent dans l'extension du programme et dans l'augmentation du nombre des places. L'extension du programme a été faite en ajoutant aux épreuves déjà existantes une épreuve de pathologie interne et externe, consistant dans l'exposé oral des symptômes essentiels d'une maladie et en exigeant pour la première épreuve dite d'anatomie, en premier lieu non plus seulement l'ostéologie, la myologie et l'arthrologie, mais toute l'anatomie, sauf l'histologie et les organes des sens, et en second lieu la physiologie élémentaire. Cette extension notable du programme doit rendre le concours moins aléatoire et partant le classement plus sérieux : elle permet d'avoir des externes plus instruits. L'augmentation du nombre des places a été dictée par la nécessité d'assurer d'une façon plus parfaite les services hospitaliers, par la pensée d'élever encore le niveau du concours de l'internat en augmentant le nombre de ses candidats, puisque le recrutement de ces derniers se fait uniquement parmi les externes, et enfin comme l'a dit M. Fochier en terminant le concours, par le désir de permettre à un plus grand nombre d'étudiants d'approcher de plus près des malades et des chefs de services.

Les difficultés du nouveau programme n'ont pas diminué d'une façon notable le nombre des candidats, comme on pouvait le craindre, puisque ceux-ci s'étaient fait inscrire au nombre de 121, chiffre peu inférieur à celui de l'année 1892, et parmi ces 121, 20 élèves à quatre inscriptions (4 de ces derniers ont réussi à être nommés). Je dois dire également que le plus grand nombre a été à la hauteur des exigences du nouveau programme, et le concours dans son ensemble a été bon.

La question sortie d'anatomie et de physiologie a paru difficile à un certain nombre de candidats. Aussi une sélection sérieuse s'est-elle opérée spontanément, et à la fin de la première épreuve le nombre des candidats restants ne dépassant pas le double de celui des places à donner, le jury n'a pas eu à faire d'élimination. A la vérité, parmi les quatre-vingt-trois candidats qui se sont fait entendre sur cette première question, quelques-uns seulement ont été insuffisants, la plupart ont été bons ou assez bons, dix ou douze ont même été très bons.

Les deux questions de pathologie ont été suffisamment bien traitées et suffisamment bien comprises par le plus grand nombre des candidats.

Relativement à l'épreuve pratique de petite chirurgie, le jury a cru remarquer que les élèves n'étaient plus autant exercés dans l'art de faire les bandages, car les chevestres doubles confectionnés selon toutes les règles ont paru bien rares !

Voici les questions sorties : Anatomie et physiologie : Rapports du duodénum. — Rôle de la bile. — Pathologie : Symptômes de l'érysipèle de la face. — Symptômes de la coxalgie — Petite chirurgie : Décrire le manuel opératoire de la saignée au pli du coude. — Appliquer un chevestre double.

Voici les questions restées dans l'urne : Des veines jugulaires. — Du creux poplité. — Du triangle de Scarpa. — Symptômes de la dysenterie. — Symptômes de la pneumonie franche. — Symptômes de la scarlatine. — Symptômes des fractures du col du fémur. — Symptomatologie générale des fractures. — Symptômes des luxations de l'épaule. — Cautérisation potentielle. — Placer la ventouse Junod. — Saignées locales ; moyens de les pratiquer. — Faire fonctionner le thermo-cautère Paquelin. — Indiquer le manuel opératoire de la thoracentèse. — Disposer l'appareil aspirateur de Potain pour une ponction. F. L.

Un conseil d'Astley Cooper aux futurs docteurs en médecine. — « Mes amis, leur dit-il, vous allez entrer dans une profession noble, mais « pleine de difficultés ; vos succès dépendront de trois choses : première- « ment posséder à fond les connaissances qu'exige votre profession ; se- « condement, être assez dévoué pour en remplir tous les devoirs ; troisiè- « mement être assez honnête pour ne point laisser s'entamer votre « caractère moral.

« Sans la première de ces qualités — la science — personne ne peut « souhaiter que vous réussissiez ; sans la seconde — le dévouement — vous « ne pourrez jamais réussir ; sans la troisième — l'honnêteté — même « si vous réussissez, vous ne pourrez jamais être heureux. »

Le tabac contre l'hystérie. — Un nouveau traitement de la crise d'hystérie consiste dans l'administration, au fort de l'attaque, d'une pincée de tabac à priser.

Pas de doute, d'après l'auteur de cette médication, que l'attaque hystérique ne soit brusquement arrêtée par une série de vigoureux éternuements.

MÉTÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Octobre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
22	753	11 s	752	3 s	+17.2	2 s	+ 2.6	6 m	100	56	0.0	0.7	22
23	753	11 m	752	9 m	+17.1	1 s	+ 4.1	5 m	100	65	0.0	0.8	19
24	757	11 m	753	0 m	+15.2	2 s	+ 7.0	7 m	86	59	0.0	0.6	15
25	756	0 m	752	12 s	+16.5	3 s	+ 3.8	7 m	100	76	0.0	0.9	14
26	752	0 m	747	6 s	+19.5	12 m	+ 4.9	5 m	100	47	0.0	0.4	24
27	750	6 s	747	0 m	+16.1	1 s	+ 8.8	0 m	96	57	0.0	1.1	21
28	752	11 m	750	0 m	+12.8	1 s	+ 4.3	6 m	100	74	0.9	0.9	21

MALADIES RÉGNANTES. — L'état sanitaire continue à être très satisfaisant. Le chiffre des décès, qui avait notablement augmenté la semaine dernière (il était monté de 127 à 165), est retombé à 136 cette semaine (43e de l'année). Il avait de 144 pour la période correspondante de 1892.

Cette mortalité donne un taux de 16,2 par an et par 1.000 habitants, inférieur d'un tiers à la moyenne annuelle.

Les maladies aiguës ne sont pas nombreuses, exception faite pour les maladies aiguës des bronches et du poumon aujourd'hui assez fréquentes.

Des manifestations rhumatismales, des pleurésies, des méningites aiguës en notable proportion.

Abaissement brusque des apoplexies cérébrales ; plusieurs suicides exclusivement par submersion ; l'autre semaine, c'est la corde qui avait été choisie par les suicidés.

Les maladies infectieuses sont rares. Toujours quelques fièvres typhoïdes. Aucun décès par diphtérie.

Contingent élevé de décès par affections chroniques du poumon et du cœur.

Sur les 136 décès hebdomadaires (103 en ville, 33 dans les hôpitaux civils), 26 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 9 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 28 octobre 1893, on a constaté 136 décès :

Fièvre typhoïde....	3	Catarrhe pulmonaire	6	Affections du cœur.	13
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	4	— des reins....	4
Rougeole..........	0	Pneumonie........	9	— cancéreuses.	7
Scarlatine..	1	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	11
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	27	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	0	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	3
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	6	Aut. causes de décès	16
Affect. puerpérales	1	Mal.cérébro-spinales	9		
Dysenterie........	1	Diarrhée infantile..	2	Naissances.......	157
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés........	8
Bronchite aiguë...	1	Cirrhose du foie....	5	Décès...........	136

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

NOTE SUR DEUX CAS URGENTS DE CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE PRATIQUÉE A LA CAMPAGNE;

Par le docteur G. GUILLEMOT (de Thiers).

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 16 septembre 1893, je lisais la lettre que voici :

A PROPOS DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE.

Monsieur le Rédacteur,

La cystostomie sus-pubienne est une opération qui, comme celle de la hernie étranglée, intéresse le plus grand nombre des médecins, grâce à ses indications d'urgence qui ne leur permettent pas d'en éluder ou d'en ajourner la pratique.

Ayant fait deux fois cette opération, j'ai été amené pendant une seconde intervention à interpréter un peu différemment la technique inaugurée par l'éminent chirurgien de Lyon, lorsque j'ai fixé les lèvres vésicales à la bouche hypogastrique.

« Les sutures qui fixent les lèvres vésicales, nous dit « M. Poncet, comprennent la peau et le plan *musculo-aponévrotique.* » (*Mercredi médical*, 1891, p. 545.)

C'est ainsi qu'a procédé, dans son opération récemment publiée, M. Félix Legueu : « La vessie fut incisée et les lèvres de son incision furent amenées au contact de l'orifice « cutanéo-musculaire. » (*Gazette hebdomadaire*, 26 août 1893.)

Dans l'intervention à laquelle je faisais allusion, j'ai trouvé préférable de suturer les lèvres vésicales à la peau *seule*.

L'aspect de la bouche hypogastrique, après réunion de la plaie opératoire, est très différent suivant que le plan musculo-aponévrotique a été compris, ou non, dans les sutures. Avec le procédé que je préconise, la peau qui n'est plus soutenue par ce plan musculo-aponévrotique, glisse et s'*invagine* dans la fistule, à la suite de la vessie; dès que les sutures ont été serrées, formant une espèce d'ombilic sus-pubien. Les anses des sutures sont entraînées et disparaissent

dans cet entonnoir où il serait presque impossible d'aller ultérieurement les sectionner, surtout quand le sujet est gras. C'est un motif pour choisir des sutures résorbables, mais ceux de nos confrères qui auraient des doutes sur la qualité de leur catgut, utiliseront les fils métalliques fins, comme je l'ai fait, avec la précaution de laisser les chefs suffisamment longs pour qu'ils puissent plus tard les *détordre*, et les retirer ensuite tout d'une pièce, par traction, sans avoir à couper l'anse.

La fistule hypogastrique ainsi établie par réunion immédiate de la muqueuse vésicale à la peau, sera à l'abri de l'atrésie consécutive qui résulte nécessairement du progrès cicatriciel lorsque le plan musculo-aponévrotique a été intercalé dans la suture (voir l'observation de M. Félix Legueu); par suite, la surveillance incessante de l'opéré, l'emploi des sondes dilatatrices ne seront plus indispensables.

L'avantage est grand, lorsque vous quittez votre opéré, que sa vie ne puisse être compromise derechef par un drain qui fonctionne mal ou s'est échappé; accident insignifiant si l'on n'opérait qu'à l'hôpital; mais capital à la campagne où, soit apathie, soit plutôt fatalisme de la part de l'entourage, le médecin n'en sera avisé.... qu'après décès.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération.

Dr G. GUILLEMOT (de Thiers).

Les réflexions si judicieuses de notre distingué confrère, que je n'avais pas l'honneur de connaître, m'engagèrent à lui écrire et à lui demander communication des deux observations de cystostomie auxquelles il faisait allusion dans sa lettre. Les voici telles qu'il a bien voulu me les envoyer. Ces deux opérations font grand honneur au médecin qui les a pratiquées. Avec l'assistance d'un seul confrère, le docteur Vidal (de Puy-Guillaume), il a su remplir une indication urgente et recourir à l'unique intervention capable de triompher d'accidents urinaires que les moyens usuels ne pouvaient même pas enrayer. Il n'est pas de praticien qui ne se soit trouvé, ou qui ne soit appelé bientôt à se trouver en présence de cas de ce genre, on lira donc avec intérêt

la conduite qui a été suivie et les commentaires si instructifs qui accompagnent ces observations.

A. Poncet.

Observation I. — *Cystostomie sus-pubienne pour rétention urinaire d'origine prostatique, compliquée de fausse route. — Cathétérisme impossible.*

Le 18 décembre 1892, je fus demandé par le docteur Vidal (de Puy-Guillaume) pour aller voir à Ris un septuagénaire atteint de rétention depuis quelques jours. Le docteur Vidal l'avait sondé déjà avec beaucoup de peine, la sonde ramenant du sang, étant bouchée par des caillots, etc. Le malade, depuis longtemps, ne vidait sa vessie qu'incomplètement, au reste, vieillard vert encore et très décidé. Je lui dis que nous allons essayer de lui placer une sonde à demeure, qui restera ouverte jusqu'à ce que la vessie ait recupéré sa contractilité et que son canal soit guéri, et que si nous ne pouvons réussir cette manœuvre (qu'il redoute beaucoup), on pourra lui faire une boutonnière au ventre (opération de Poncet que j'ai expliquée à mon confrère, le docteur Vidal). Ce moyen semble dès ce moment avoir ses préférences, il accepterait que ses urines s'écoulassent involontairement, tandis que l'obligation de se sonder, comme il l'a vu faire à son père, lui paraît intolérable et il préférerait la mort. Après avoir essayé le cathétérisme avec douceur, au moyen d'une sonde-béquille et d'une sonde en caoutchouc, je ne puis pénétrer dans la vessie : il semble même que la sonde-béquille soit arrêtée bien avant d'atteindre la région prostatique et qu'elle tende à s'engager dans une fausse route; lorsque je la retire, l'œil pourtant très large est bouché par un caillot. La cystostomie est aussitôt décidée (avec enthousiasme de la part du malade, qui se dit disposé à s'ouvrir le ventre avec son couteau), mais il n'en va pas si vite. On lave et nettoie la région avec du sublimé, de l'eau chaude et du savon, les poils sont coupés seulement avec des ciseaux. J'injecte dans la peau trois seringues d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/50e, qui nous a donné toute satisfaction, car l'opération, bien que prolongée, n'a pas paru douloureuse au patient, qui n'a pas cessé de parler et de proclamer son impatience d'abord, sa

satisfaction ensuite, lorsque la vessie a commencé à se vider.

Incision sus-pubienne sur la ligne blanche, le siège du malade étant surélevé par un oreiller, et la vessie distendue au maximum faisant d'ailleurs saillie comme un utérus gravide. L'incision est menée avec précaution jusqu'au plan aponévrotique, et lorsque le cri aponévrotique se produit, je glisse la sonde par une petite perforation pour couper la ligne blanche de dedans en dehors. Mais les muscles droits sont résistants et forment une boutonnière rigide que je fais bâiller avec les écarteurs de Farabeuf. La face antérieure de la vessie paraît alors; je la traverse de bas en haut avec l'aiguille de Larger, qui ramène en se retirant un fort fil de soie plate destiné à empêcher le retrait de la vessie lorsqu'elle sera ouverte. L'urine commence dès ce moment à être projetée en jets par les trous du fil. Je donne les fils à tenir au docteur Vidal, et je traverse la peau, le bord du muscle droit à droite, puis la vessie, le bord du muscle droit de gauche, et la peau, avec l'aiguille entraînant un nouveau fil dans la partie supérieure de l'incision. Même opération à sa partie inférieure. La vessie est alors ouverte avec le bistouri et j'y introduis une sonde en gomme à travers laquelle elle se vide peu à peu de son contenu. Je n'ai pu introduire l'index gauche dans la vessie dont l'ouverture est trop petite. Cette ouverture ne peut admettre que deux segments de sonde en gomme, accolés en canons de fusil et qui se trouvent serrés dans la boutonnière. Aussi me serait-il fort difficile de faire une réunion exacte sans augmenter l'étendue de mon incision première; mais je crois pouvoir éviter de nouvelles manœuvres : la vessie est fixée à la paroi abdominale par les deux sutures que je viens de placer en haut et en bas, et comme les deux segments de sonde doivent assurer son évacuation constante, les chances d'infiltration seront très diminuées tant que les deux drains fonctionneront bien. L'urine n'a pas d'odeur et la vessie n'est pas infectée. Toutefois le premier fil (suspenseur), passé de haut en bas à travers la vessie, reste encore en place, la ponction que j'ai faite au réservoir ayant passé à droite de la place qu'il occupe, et je me propose d'utiliser ce fil pour un supplément de fixation. L'aiguille de Larger est passée à travers la paroi gauche pour accrocher un des chefs de ce fil, puis un peu plus bas à

travers la même paroi gauche pour accrocher l'autre chef; puis un fil d'argent métallique est substitué à ce fil de soie, qu'il accroche et que celui-ci entraîne dans son trajet. Tordant alors les deux extrémités de ce fil sur la lèvre gauche de notre incision, nous avons une anse qui applique la lèvre gauche de la boutonnière vésicale contre la lèvre gauche de l'ouverture cutanée et musculaire. L'ouverture vésicale se trouve ainsi fixée par des sutures en haut, en bas et à gauche; elle ne l'est pas à droite, mais en raison de ses petites dimensions, la juxtaposition est établie même en ce point d'une manière suffisante pour prévenir les infiltrations, nos deux drains devant fonctionner sans encombre. La réunion de la peau est complétée par deux sutures superficielles, l'une au-dessus, l'autre au-dessous des deux grandes anses transversales qui fixent la vessie à la paroi abdominale.

Mon impression immédiate sur cette intervention est que l'incision du début devait être beaucoup plus hardie et plus longue : il fallait se donner beaucoup de jour et découvrir la vessie largement, ce qui eût rendu les sutures consécutives beaucoup meilleures et moins laborieuses à exécuter. Il était inutile de passer un fil suspenseur de bas en haut à travers le réservoir; il aurait mieux valu passer ce fil transversalement et en conduire ensuite les chefs à travers la peau en laissant les muscles droits de côté. C'est à la peau et non dans le fond de l'entonnoir musculaire que la vessie devait s'aboucher. Il fallait aussi que l'ouverture de la vessie fût plus large. Je me suis aperçu tout de suite de cette insuffisance, lorsqu'il m'a été impossible de suturer la boutonnière vésicale aussi minutieusement que j'aurais aimé à le faire. J'ai pensé alors qu'il était préférable de terminer l'opération ainsi que je l'ai fait, plutôt que de chercher des rectifications longues et qui ne m'auraient pas procuré beaucoup plus de sécurité au prix de nouveaux délabrements. Le malade paraissait d'ailleurs tellement soulagé et satisfait, que nous l'avons laissé en emportant les meilleures espérances d'un succès.

Il me semble que l'opération de Poncet, après cette première expérience que j'en ai faite, me serait facile à mieux exécuter une autre fois; et que je m'y déciderai plus volontiers. La position du malade (siège surélevé) me paraît essen-

tielle : dans le cas présent, vu la grande distension de la vessie (et la maigreur du malade) elle était peut-être moins impérieuse. La cocaïnisation, comme je l'ai déjà noté, a été tout à fait satisfaisante. Je regrette d'avoir passé mes sutures à travers les muscles.

25 décembre (9e jour). Revu l'opéré de Ris, qui n'a pas eu de fièvre et se plaint seulement d'être constamment mouillé par l'urine. J'enlève les drains abdominaux et les sutures métalliques. La lèvre gauche de la boutonnière est un peu en ectropion, ce qui est une conséquence de la suture quelque peu irrégulière que j'ai décrite pour fixer la vessie à cette lèvre. Le fil étant enlevé, elle ne peut tarder à reprendre son parallélisme avec l'autre. J'introduis une sonde dans l'urèthre, sans difficulté et sans douleur, mais avec un frottement qui donne l'idée d'une surface rugueuse plutôt que d'un rétrécissement. Cette sonde, coupée au niveau du méat, est fixée au prépuce par deux points de suture; elle devra rester ouverte jusqu'à son remplacement (huit jours au moins). Ce mode de fixation est encore de Poncet.

Là s'arrêtent mes observations personnelles; voici la fin de l'histoire de ce malade, telle que j'ai pu la compléter par les témoignages de la famille :

La sonde uréthrale ne fonctionna pas : elle fut retirée au bout de six jours par le docteur Vidal qui ne put pas en introduire une nouvelle, le malade s'y opposant d'ailleurs. Pendant ce temps les urines continuaient à s'écouler par le méat hypogastrique, Il semble que ce vieillard ne retint jamais volontairement ses urines, mais que les progrès de l'atrésie lui firent bientôt éprouver toutes les misères de la rétention avec incontinence, l'eau s'écoulant incessamment par regorgement, jusqu'à la fin de sa vie, qui survint le 24 janvier (36 jours après notre intervention). Il va sans dire que depuis ma visite du 25 décembre, n'étant pas avisé des incidents qui se produisaient, ni par mon confrère, ni par la famille, je le croyais en voie de convalescence régulière (1).

(1) Avec une rare modestie, l'auteur expose simplement les difficultés qu'il a rencontrées, et les tâtonnements par lesquels il a passé, pour sa première cystostomie. Il me permettra de publier ici quelques passages de la lettre qu'il m'écrivait le 27 janvier dernier. En praticien



Ma seconde opération de cystostomie est peut-être plus instructive : il ne s'agit plus d'un hypertrophique de la prostate, mais d'un vieillard atteint de rétention aiguë à la suite d'un néoplasme pelvien. Serait-ce de la carcinose prostato-pelvienne décrite par Guyon ? Nous avons obéi à

éclairé, il envisage la cystostomie à la campagne comme opération d'urgence.

« Beaucoup de médecins, en dehors des conditions hospitalières, ont dû, sans doute, entreprendre votre opération, au pied levé pour ainsi dire, sans grands préparatifs ni aides. Je crois que l'avenir de la cystostomie nous intéresse, nous autres ruraux, plus directement encore que les chirurgiens de profession. Nous avons tous vu des paysans atteints d'hypertrophie prostatique qui, après une série de rétentions aiguës, finissaient par succomber du fait d'une sonde à demeure qui fonctionnait mal. Ce qui ne contribuera pas peu à répandre la pratique de la cystostomie, c'est qu'elle doit sauvegarder toute cette catégorie de malades, d'infirmes plutôt, contre leur propre imprudence, incurie ou fatalisme. Si mon premier opéré est mort par ces mêmes causes dont l'opération devait le préserver, nous verrons qu'elle avait d'abord atteint le but et quelles erreurs de notre part ou de la sienne lui ont fait perdre ensuite les bénéfices de l'intervention.

« En ce qui concerne cette première observation, je n'ai fait que transcrire les notes que j'avais prises sur l'heure même. Vous verrez que connaissant alors insuffisamment le manuel opératoire et les suites régulières que vous avez assignées à l'opération, je me suis montré surtout préoccupé de ne faire à l'abdomen qu'une ouverture temporaire avant de rétablir le fonctionnement des voies naturelles. La conviction principale qui ressortait pour moi de la lecture de votre article du *Mercredi médical* (p. 545, 1891), était surtout le danger des ponctions palliatives par le trocart ou l'aiguille aspiratrice. (A. Poncet. *Des dangers des ponctions capillaires dans les rétentions d'urine.*)

« De l'affirmation du vénérable M. Diday, ainsi que de la conviction anticipée de mon malheureux client qui se rappelait avec effroi de la vieillesse de son propre père, obligé de se sonder, et qui préférait la mort à cette éventualité pour lui-même, ressort cette nouvelle conviction que l'infirmité créée par la cystostomie est plus acceptable que celle qui résulte de la rétention chronique. Ne pensez-vous pas que la cocaïne pourra remplacer le chloroforme et répondre à cette autre nécessité de la médecine rurale qui nous oblige à procéder souvent sans aide. »

Ces considérations si sages me paraissent absolument acceptables, et je crois que la cocaïne peut rendre pour l'opération de la cystostomie de grands services, d'autant mieux qu'il suffira d'anesthésier la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le plus souvent. Dans la plupart des cas, du reste, la cystostomie peut et doit être faite rapidement, en dix ou quinze minutes au maximum.

l'indication opératoire avant de poser le diagnostic étiologique.

OBSERVATION II.— *Cystostomie sus-pubienne pour rétention urinaire aiguë.*

(11 août 1893). R..l, 74 ans, instituteur retraité à Limons, a éprouvé des difficultés pour uriner depuis plusieurs années, n'a jamais été sondé. La miction non seulement fréquente et difficile (pas plus fréquente la nuit que le jour), est encore douloureuse. Il a fait une saison à Vichy l'année précédente, et les symptômes se sont beaucoup aggravés depuis cette époque. Atteint de rétention aiguë le 8 août, n'a pu être sondé par le docteur Vidal (de Puy-Guillaume) qui me fait appeler le 9.

La vessie, *qui dépasse l'ombilic de plusieurs travers de doigt* (!), est ponctionnée avec l'aiguille aspiratrice. Nous sommes surpris de ne retirer que 1.250 grammes environ d'urine, et comme le malade est très gras, nous supposons d'abord que l'extrémité de la canule pouvait avoir abandonné la vessie avant l'évacuation complète. Le toucher rectal donne la sensation assez inusitée d'un bas-fond dur, convexe, élastique, ayant la forme et les dimensions de la tête fœtale engagée dans l'excavation pelvienne. De nouvelles tentatives de cathétérisme restent sans résultat. Nous prescrivons un purgatif, un bain de siège et prenons rendez-vous pour le lendemain.

Le 10 août, après de nouveaux essais de cathétérisme qui restent infructueux avec l'explorateur à boule et la sonde coudée de Mercier, le malade est décidé à se laisser pratiquer l'opération de Poncet. Il est placé sur une table recouverte d'un matelas, le siège surélevé par des coussins et la tête basse, en face d'une fenêtre ; son ventre proéminent et chargé de graisse rend cette position indispensable. Anesthésie locale avec la cocaïne. Incision rectiligne très longue nécessitée par l'épaisseur de la couche adipeuse. Ouverture du plan aponévrotique sur la sonde. Ni sur ce plan, ni sur la vessie, nous n'avons pu apercevoir de traces de la ponction aspiratrice effectuée le jour précédent. Cependant la face antérieure de la vessie est légèrement agglutinée à la paroi

abdominale et ne bombe franchement entre les lèvres de l'incision qu'après que nous l'en avons décollée avec le doigt. Alors elle est traversée par un fil suspenseur et évacuée par ponction avec le trocart. (Notons tout de suite que c'est là une mauvaise pratique : il faut faire l'ouverture de la vessie avec le bistouri, pendant sa plénitude; quand on attend qu'elle soit évacuée, la muqueuse se plisse d'autant plus que la vessie a moins perdu de sa contractilité, et il faut alors employer les ciseaux, sans être bien sûr de réaliser un parallélisme exact entre les lèvres des incisions vésicale et cutanée. Le trajet actuel de la fistule de mon opéré présente une certaine obliquité en bas et en arrière et à droite qui est peut-être due à une irrégularité de ce genre; et quand le cathéter arrive à l'extrémité du trajet, il éprouve un petit ressaut comme s'il existait un repli de la muqueuse formant valvule).

La vessie, incisée avec les ciseaux de haut en bas par l'ouverture du trocart est alors fixée à la peau par quatre points de suture métallique dans la partie la plus inférieure de l'incision abdominale. La grande épaisseur des parois du ventre nous oblige à attirer fortement les lèvres de la boutonnière vésicale; et après l'adaptation effectuée, c'est la peau, à son tour, qui se trouve attirée vers l'intérieur par le retrait de la vessie. Le méat artificiel, lorsque la partie supérieure de l'incision est recousue, prend aussitôt la forme d'un entonnoir. Les sutures de la paroi abdominale, notre réserve de fils métalliques étant alors épuisée, sont faites avec des fils de soie, puis avec des fils de chanvre qui nous sont fournis par la ménagère.

Le 14 août, toutes ces dernières sutures sont enlevées, ainsi que l'une des sutures métalliques. La réunion est exacte et complète malgré les agents de suture improvisés et l'asepsie sommaire (qui s'était bornée à un soigneux nettoyage de la région avec l'eau chaude et le savon). Les trois dernières sutures ne sont enlevées que le 21, assez difficilement parce qu'elles sont cachées dans la profondeur de l'entonnoir. Ce n'est qu'en détordant les fils, conservés longs, et tirant ensuite sur l'un des chefs que nous arrivons à les extraire; il eût été impossible de couper l'anse. Le malade va bien, ses urines sont claires, il commence à se lever (11ᵉ jour).

28 août. Il y a eu un incident, le 24, et M. Vidal a été appelé parce que la fistule « se bouchait ». Il trouve l'ouverture artificielle obstruée par des caillots sanguins. L'hémorrhagie a continué et continue encore aujourd'hui ; les urines sont fortement teintées de sang. On a placé dans la vessie par la boutonnière l'extrémité d'une sonde en caoutchouc dont l'autre extrémité pénètre dans une bouteille placée au côté droit du malade ; et cette disposition bien simple empêche le lit d'être souillé. Cette hémorrhagie vésicale, la première que le malade ait éprouvée, nous conduit à réviser ses antécédents exposés au début de l'observation, et en les rapprochant des résultats de l'examen rectal à confirmer le diagnostic (néoplasme malin). Elle s'est prolongée pendant huit jours et j'ai cru qu'il valait mieux ne pas lui opposer de traitement local (pas de lavage de la vessie), j'ai fait donner du salol à l'intérieur (4 grammes par jour).

État actuel de l'opéré deux mois et demi après l'opération. Le 24 octobre, R... est venu avec sa femme à Puy-Guillaume (4 kilomètres à pied) pour nous faire constater son état. Tous les faits que nous constatons sont consignés et lui sont exposés ainsi qu'à sa femme qui les confirme et nous donne avec beaucoup de précision et de clarté les détails qui lui sont demandés.

Aspect extérieur. Quand on examine l'homme debout, on n'aperçoit pas le méat artificiel, caché au-dessous de la saillie du ventre et regardant directement en bas. Il faut le faire coucher et relever avec la main le fond du ventre vers l'ombilic, pour étaler la région de l'opération et en avoir une vue horizontale. Le méat apparaît alors au fond d'une dépression cupuliforme sous l'aspect d'une simple ligne figurant la lettre Y qui circonscrit un sphincter adventice, sorte d'anneau ou bourrelet fibro-élastique qui maintient son orifice énergiquement fermé. Ce sphincter doit être *forcé*, soit de l'intérieur par la seule contraction vésicale pour l'émission de l'urine, soit de l'extérieur par la pression du bec de la sonde métallique qui va s'y engager, et après la dilatation qui en résulte il reste quelque temps béant, limitant une ouverture triangulaire Δ qui s'efface ensuite petit à petit jusqu'à reprendre l'aspect de la simple fente linéaire Y précédemment décrite.

Fonctions. Notre malade conserve ses urines pendant quatre et cinq heures, et facilement pendant cinq heures lorsqu'il est couché. Au bout de ce temps, le besoin d'uriner se fait sentir et devient promptement douloureux si l'évacuation est retardée. Quand c'est pendant le jour, le malade peut uriner debout et spontanément, mais au prix d'efforts qui lui font préférer l'usage de la sonde. Il faut qu'il penche son corps en avant et qu'il appuie ses coudes ou ses mains sur une commode ou sur le dossier d'une chaise; alors après des efforts qui demandent un peu de temps pour aboutir, l'urine jaillit avec force du méat hypogastrique, se portant de gauche à droite et de bas en haut à une certaine distance; et quand le jet a cessé, il sort encore une demi-cuillerée d'urine environ en bavant que le malade est obligé de recueillir à fleur de peau. Pendant la nuit il ne peut pas, même en se mettant debout, uriner de cette manière, et doit de toute nécessité recourir à la sonde. Les efforts de défécation n'aboutissent jamais à faire sortir l'urine par le méat artificiel; mais ils provoquent le besoin douloureux d'uriner et l'issue de quelques gouttes d'urine par les voies naturelles; issue toujours accompagnée de douleurs, mais qui ne sont point comparables à celles que provoquait la miction naturelle avant l'établissement de la fistule. La défécation par elle-même n'est pas précisément douloureuse, ni très laborieuse, quoiqu'elle nécessite habituellement l'usage des lavements, mais les matières fécales sont de forme aplatie.

Le malade ne peut voir son méat artificiel (à cause de l'obésité), ni, par suite, se sonder lui-même. La rétractilité du sphincter adventice rend l'introduction de la sonde un peu pénible, et il a été deux fois déjà obligé de la dilater avec une tige de laminaire. Le contact du bec avec le bas fond de la vessie, quand on n'a pas la précaution de l'éviter, est également douloureux.

Les urines sont ordinairement limpides; assez fréquemment (et le phénomène coïncide avec des malaises et épreintes qu'éprouve le malade) elles changent brusquement d'aspect, elles deviennent *cuites*, nous dit sa femme (contenant sans doute alors une proportion variable de globules sanguins en dissolution.)

L'appétit est bon (1).

En résumé, le succès est des plus satisfaisants. Il sera facile en faisant la dilatation graduelle du sphincter adventice de procurer à l'opéré une évacuation irréprochable.

La cystostomie sus-pubienne ici encore a donc conjuré des accidents urinaires qui menaçaient d'être promptement mortels. Elle paraît assurer à cet opéré une survie notable,

(1) Cette dernière observation, également fort intéressante, présente de nombreuses analogies avec celles publiées par M. Legueu (*Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate*, par le docteur Félix Legueu, chef de clinique des maladies des voies urinaires, in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 août 1893, et par M. Ch. Audry (*Adénome inopérable de la vessie ; cystostomie sus-pubienne*, par le docteur Ch. Audry, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, in *Mercredi médical*, 1er novembre 1893). Les unes et les autres démontrent l'efficacité et l'innocuité de la cystostomie sus-pubienne.

Toutes les fois que la suture des lèvres de la plaie vésicale avec les bords de la paroi abdominale sera possible, on devra la pratiquer. Cette suture qui, chez les sujets à paroi abdominale épaisse, ne doit comprendre, comme l'a bien vu le docteur Guillemot et comme je l'avais indiqué déjà dans la thèse de Bonan (thèse de Lyon, 1892), que la peau et les bords de la vessie, offre plusieurs avantages. Elle met d'une façon certaine à l'abri des accidents d'infiltration urineuse, elle assure le libre écoulement de l'urine en maintenant béante l'ouverture vésicale dont la profondeur et le rapprochement des bords constituent des conditions des moins favorables à son évacuation spontanée. Enfin la suture a également pour but de tapisser d'une muqueuse le canal nouveau qui se constitue avec la rétraction cicatricielle et de lutter ainsi contre l'occlusion le plus souvent à redouter de l'urèthre contre nature. Cet urèthre aura d'autant plus de chances d'être continent que sa longueur sera plus grande ; aussi conseillons-nous de faire l'incision de la vessie en un point aussi rapproché que possible du col. A ce niveau la paroi vésicale est plus profonde, l'épaisseur des parties molles plus grande, le canal artificiel sera donc plus long, et par cela même, toutes choses égales d'ailleurs, comme calibre, comme obliquité, plus apte à ne pas laisser passer d'urine, en dehors de la volonté du malade.

Un dernier mot justifié par la première observation du docteur Guillemot. La vessie ouverte et suturée, *il ne faut plus se préoccuper de la fonction urinaire qui est du reste complètement assurée par la cystostomie*, donc pas de drainage uréthro-vésical, pas de sonde, soit dans la plaie, soit dans l'urèthre normal, plus de manœuvres de cathétérisme. Tous ces moyens complémentaires sont inutiles, dangereux. Un prostatique, atteint d'accidents urinaires graves est, je ne saurais trop le répéter, après comme avant la cystostomie, un *noli me tangere* pendant toute la durée de ces accidents.

A. P.

à l'abri de douleurs et de nouveaux dangers immédiats. Au point de vue fonctionnel, le résultat est également remarquable. R... n'a point d'incontinence, il ne perd pas une goutte d'urine, et il peut à volonté, en se sondant par son nouvel urèthre, vider complètement sa vessie.

RAPPORTS DES NERFS RÉCURRENTS AVEC LES ARTÈRES THYROÏDIENNES INFÉRIEURES ;

PAR MM.

JABOULAY,
Professeur agrégé, chef des travaux anatomiques,
Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

E. VILLARD,
Interne des hôpitaux,
Prosecteur à la Faculté.

Depuis que les interventions sur le corps thyroïde se sont multipliées, il est un point qui a toujours préoccupé les opérateurs, ce sont les rapports que contractent les nerfs récurrents avec la corne inférieure de la glande. On sait, en effet, combien souvent, même après des thyroïdectomies plus ou moins partielles et paraissant faites dans de bonnes conditions, surviennent des troubles de la phonation. Pensant qu'il fallait voir dans ces cas des traumatismes plus ou moins légers, tiraillements ou autres subis par les récurrents, nous avons cherché à préciser dans cette étude les rapports que ce nerf contracte avec la corne thyroïdienne et surtout avec l'artère thyroïdienne inférieure.

Nous avons été frappés dans nos dissections de certaines dispositions particulières, signalées nulle part et que nous avons voulu faire connaître.

Nous n'insisterons pas sur les descriptions faites dans les auteurs classiques quant aux rapports du laryngé inférieur et de l'artère thyroïdienne. Les traités d'anatomie sont, en effet, fort brefs, sur ce point, mentionnant seulement le contact de ces deux organes. Bien au contraire les thyroïdectomistes ont dans leurs mémoires insisté beaucoup sur ce sujet, et deux travaux surtout méritent d'être signalés, ce sont les mémoires de Kocher et de Rotter parus à deux années d'intervalle dans les *Arch. f. Klinisch Chirurgie.*

Kocher, dans un article paru en 1883, décrit ainsi la dis-

position des nerfs récurrents : « Le nerf laryngé inférieur, après s'être enroulé autour de la crosse de l'aorte, se dirige en haut et un peu en avant, presque parallèlement à la trachée, et en suivant l'extrémité postérieure des cartilages de ce conduit. Il est situé alors derrière les plexus veineux de la thyroïdienne qui recouvrent la face postérieure du corps thyroïde. Lorsqu'en opérant, on se tient tout près du goître, il ne faut redouter la lésion du nerf qu'au moment de la séparation de la tumeur et de la trachée qui sont souvent reliées par des adhérences intimes. C'est en effet à ce niveau que se trouve situé le récurrent qui va pénétrer dans le larynx en passant dans le muscle laryngo-pharyngien, et peut être blessé au moindre coup de bistouri imprudent ou saisi au moment de la forcipressure des vaisseaux.

Il est bon de lier les vaisseaux d'avance de manière à pouvoir soutenir tout près des tissus du goître en opérant la séparation des adhérences qui l'unissent à la trachée.

Wolfler a fait remarquer que le récurrent chemine sur une des branches de l'artère thyroïdienne inférieure, je puis préciser ce rapport en me basant sur une de nos figures dessinées d'après nature : alors que l'artère thyroïdienne supérieure et ses veines satellites, une fois qu'elle est parvenue au niveau de la corne supérieure (c'est-à-dire qu'elle a atteint le corps thyroïde), se distribue à la glande à laquelle elle adhère fortement, la thyroïdienne inférieure tient une tout autre conduite. Née du tronc thyro-cervical de la sous-clavière, elle se dirige transversalement vers le bord externe de la thyroïde qu'elle n'atteint pas pourtant directement. Elle se dirige en effet sans contracter d'adhérences vers la partie postérieure de la glande, atteint la ligne médiane et ne pénètre dans le tissu thyroïdien qu'au voisinage de la trachée, se branchant ensuite dans son intérieur en haut, en bas et latéralement. Pendant qu'elle est ainsi située à la face postérieure du corps thyroïde, son trajet, à part quelques sinuosités, est essentiellement transversal. Dans quelques cas elle décrit une forte courbe à convexité supérieure. *Le tronc de l'artère thyroïdienne inférieure chemine derrière le nerf récurrent ;* aussitôt après il se branche entre lui et la trachée et se ramifie dans la partie postérieure de la glande.

Par conséquent le nerf contracte avec l'artère un rapport

que l'on peut représenter en introduisant de dehors en dedans derrière le nerf un doigt en forme de crochet ; on doit donc pour ce fait sectionner les branches artérielles très près de leur entrée dans la glande. »

Comme on le voit d'après cette description, les conclusions de Kocher sont que l'artère thyroïdienne inférieure est toujours en arrière du nerf, et cet auteur apporte à l'appui de son opinion deux dessins, dont un schématique, reproduisant cette disposition.

Rotter, quelques années plus tard, étudia à nouveau ces mêmes rapports, arriva à des conclusions plus précises et plus exactes. Dans un travail paru dans les *Archives de Langenbeck* en 1885, il rappelle d'abord les travaux de Wolfler, puis continue ainsi : « J'ai d'après une quinzaine de préparations personnelles pu me rendre compte que le rapport anatomique de la thyroïdienne inférieure et du récurrent est variable. Dans un tiers des cas, l'artère se comporte comme Kocher l'a décrit ; dans un deuxième tiers, au lieu de se trouver située derrière le nerf, elle passe au devant de lui ; enfin, dans le dernier tiers, les rapports sont plus complexes. L'artère, arrivée à deux ou trois centimètres de la trachée, se partage en deux branches, dont l'une, comme l'a montré Kocher, rampe autour du nerf, alors que l'autre se dirige directement vers la glande, de telle sorte que le nerf est pris comme dans une sorte de fourchette. Dans un cas enfin, le nerf croisait trois branches artérielles. Toutes les préparations montrent ce fait particulier, que le nerf et l'artère se suivent dans un rapport si étroit que leur séparation ne peut être obtenue que par une dissection.

Les conséquences pratiques sont celles qu'a posées Kocher. Pour ménager le récurrent, on doit lier la thyroïdienne inférieure le plus près de sa naissance avant qu'elle n'entre en rapport avec le laryngé et entreprendre la libération intracapsulaire de la trachée de façon à laisser en arrière les branches artérielles qui courent derrière le tronc nerveux. Afin de rendre possible cette opération sans hémorrhagie grave, tous les vaisseaux thyroïdiens doivent être liés avant ce temps opératoire. »

La description de Rotter, plus complète que celle de Kocher, se rapproche davantage des résultats auxquels nous

sommes parvenus dans nos dissections, elle signale déjà cette variabilité de la situation du récurrent, et sa présence tantôt en arrière, tantôt en avant du vaisseau sanguin. Mais un fait que nous n'avons point trouvé signalé dans le travail de Rotter, c'est la différence qui existe dans les rapports du laryngé inférieur et de la thyroïdienne, suivant qu'on étudie sur un même sujet la disposition de ces organes à droite ou à gauche de la ligne médiane. C'est ce point spécial que l'un de nous a signalé dans la thèse de Rivière (1), et c'est sur lui que nous allons maintenant insister.

L'artère thyroïdienne inférieure, comme on le sait, aborde la corne inférieure du corps thyroïde au niveau de sa face postérieure, en se divisant en trois branches : l'une d'elle suit le bord inférieur de la glande, se dirigeant transversalement vers la ligne médiane, ses terminaisons s'anastomosant avec celle du côté opposé. C'est la branche la plus volumineuse, elle paraît être la véritable continuation du tronc de la thyroïdienne, et c'est aussi, comme nous le verrons, vis-à-vis d'elle que les rapports des récurrents sont les plus constants.

Le second rameau est ascendant, il remonte le long du bord postérieur de la glande, puis s'anastomose au niveau de ses terminaisons avec la thyroïdienne supérieure. Ce sont ces deux premières branches qui constituent la fourche décrite par Rotter et dans laquelle s'engage dans certains cas le laryngé inférieur.

Signalons enfin un dernier rameau, moins important qui vient se perdre à la face profonde du corps thyroïde. Situé tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt au milieu de ces vaisseaux, le récurrent présente avec eux des rapports éminemment variables. En effet, dans vingt dissections que nous avons pratiquées de sujets, d'âges et de sexe différents, nous avons pu vérifier l'affirmation de Rotter, et d'autre part nos dissections ayant toujours été bilatérales, nous avons pu constater ce point très intéressant que par rapport à l'artère thyroïdienne inférieure, le récurrent droit est presque toujours situé sur un plan plus antérieur que le récurrent gauche.

(1) *Contribution à l'étude anatomique du goître.* Thèse Lyon, 1893.

Voici, du reste, le résultat de nos observations :

Dans une première série de cas nous avons trouvé quatre fois la disposition suivante : à droite, le récurrent paraît en avant de toutes les branches de l'artère, alors que du côté gauche ce nerf était situé plus profondément, en arrière des vaisseaux thyroïdiens inférieurs.

Dans une deuxième série plus nombreuse nous avons rencontré dix fois le laryngé inférieur passant à droite au milieu de la fourche artérielle dont nous avons parlé, alors qu'à gauche ce nerf restait comme précédemment en arrière du paquet des vaisseaux artériels.

Enfin, nos six dernières observations ont trait à des cas particuliers; nous allons les relater rapidement :

Deux fois le récurrent situé à droite en avant des branches artérielles passait à gauche dans la bifurcation des rameaux ascendant et inférieur. Dans deux autres dissections ce nerf avait à droite et à gauche des rapports identiques. Un autre cas nous a montré le laryngé inférieur s'entrecroisant des deux côtés avec les vaisseaux, mais n'étant recouvert à droite que par une seule branche alors qu'à gauche deux rameaux artériels passaient au-devant de lui.

Une seule fois le récurrent était situé dans un plan antérieur à gauche, dans ce cas, à droite, s'engageant dans la fourchette artérielle, il passait complètement en avant du côté opposé.

Rappelons enfin, en dernier lieu, une disposition anormale que nous avons observée, et dans laquelle l'artère thyroïdienne inférieure gauche absente était remplacée par un mince vaisseau artériel fourni aux dépens d'une branche de la mammaire interne gauche.

De l'exposé de nos observations nous pouvons donc voir que la description de Kocher est très incomplète, et même erronée dans bon nombre de cas, puisqu'elle a l'air de donner comme constante la situation du nerf en avant de l'artère. Beaucoup plus exacte est la description de Rotter, mais cet auteur ne fait point mention de ce fait qui semble nettement établi par nos dissections, que le récurrent passe à droite en avant de la thyroïdienne inférieure, alors qu'à gauche il se trouve situé plus en arrière, disposition qui

peut étonner au premier abord si l'on se rappelle la situation des laryngés inférieurs et de l'œsophage.

Dix-sept fois en effet nous avons vu le nerf considéré dans ses rapports avec les rameaux artériels, être situé plus en avant à droite qu'à gauche. Deux fois il était au même niveau, une fois seulement nous avons eu une disposition inverse.

Nous croyons qu'au point de vue de la description anatomique, nous pouvons ramener à trois types les rapports des récurrents et de l'artère thyroïdienne inférieure ou de ses branches.

Dans un premier type, réalisant en quelque sorte la disposition schématique, à droite le laryngé inférieur passe en avant de toutes les branches artérielles, alors qu'à gauche il est situé complètement en arrière des vaisseaux.

Dans un deuxième type, plus fréquent, la disposition précédente est légèrement modifiée : le récurrent conservant la situation précédemment décrite à gauche, s'engage à droite dans la fourche artérielle en faisant au devant de la branche inférieure que l'on peut considérer, comme nous l'avons vu, comme étant la véritable continuation de l'artère thyroïdienne.

Enfin, dans un troisième type, la situation du récurrent est variable, mais toujours il passe à droite, plus avant des branches artérielles qu'à gauche. C'est ainsi que des deux côtés il s'entremêlera aux rameaux vasculaires, mais laissant toujours en arrière de lui à droite plus de vaisseaux artériels qu'à gauche.

On pourra, comme nous l'avons vu, rencontrer des exceptions à ce dispositif général, mais le plus grand nombre des cas se rapportera à la description que nous venons de faire.

DEUX OBSERVATIONS D'INJECTION DU SÉRUM ARTIFICIEL ;

Par M. le docteur **Peillon**.

Au commencement de cette année, l'occasion s'étant présentée, j'ai fait usage, d'après les indications et la formule publiées par le docteur Huchard (*Semaine médicale*, n° 13, 1893), d'un sérum artificiel dont voici la composition :

Eau stérilisée...............	100 grammes.
Chlorure de sodium.........	5 —
Phosphate de soude.........	10 —
Sulfate de soude............	2 gr. 50 c.
Acide phénique neigeux.....	0 gr. 50 c.

Ce sont les mêmes substances qui entrent dans la composition du sérum du docteur Chéron, seul le dosage est modifié.

Grâce à la minutieuse et scrupuleuse attention de M. Bourcet, pharmacien, qui est pourvu des étuves spéciales, j'ai pu obtenir dans des flacons stérilisés un sérum offrant toutes les garanties désirables.

En prenant les précautions que je crois indispensables, j'ai fait chez deux malades, une jeune fille de 11 ans et un homme de 30 ans, des injections variant de 5 cent. cubes à 10 cent. cubes. Ces dernières, les plus nombreuses, et renouvelées tous les deux ou trois jours, jusqu'à concurrence de 130 et 150 grammes de sérum.

Le résultat obtenu dans ces deux cas a été excellent.

Le but de cette communication est de montrer :

1° Qu'il y a un résultat à obtenir, certain et rapide.

2° Que ces solutions qui, par leur composition, paraissent devoir être intolérables pour la peau, sont au contraire très bien supportées.

3° J'insisterai sur la nécessité absolue de prendre les plus grandes précautions, soit pour la préparation du sérum, soit pour l'injection.

Ces précautions, auxquelles est subordonné sinon le résultat, mais certainement la possibilité de pouvoir continuer le traitement, ayant été passées sous silence dans les deux publications (Huchard et Chéron), je les résumerai en quelques mots en raison de leur importance.

1° Laver la peau sur une surface de 6 à 10 centimètres, au savon, puis avec la solution de sublimé.

2° Faire usage d'une canule de platine qui permet le flambage et qui sera flambée.

3° Avoir à sa disposition une petite capsule de porcelaine qu'on stérilisera chaque fois en l'emplissant d'eau stérilisée ou non, qu'on portera à l'ébullition.

4° Ne jamais puiser avec la seringue le contenu du flacon, mais verser celui-ci dans la capsule stérilisée d'où il sera repris immédiatement par la seringue, ou dans le cas de doute, soumis au préalable à une ébullition.

5° Pousser l'injection lentement pour éviter la douleur résultant du décollement trop brusque des tissus.

6° L'aiguille retirée recouvre la plaie de la piqûre d'une rondelle de coton boriqué, imprégné on non de la solution antiseptique.

Il sera préférable en outre de faire préparer la solution en petite quantité, 30 ou 40 grammes.

Telles sont les précautions que j'ai prises et qui m'ont fait éviter des complications redoutables, si on tient compte de la composition de la solution qui est un bouillon de culture, et de la quantité de liquide injectée.

Ire Observation. — Jeune fille de 11 ans, non réglée, neurasthénique dans toute l'acception du mot : croissance rapide ; perte d'appétit; se lassant très rapidement par la marche; impossibilité de gravir une rampe d'escaliers sans s'arrêter à tous les étages; impossibilité de tout travail manuel ou intellectuel.

Pas de maladie organique ; retirée de pension pour être surveillée et soignée de plus près.

Je propose les injections de sérum artificiel. Le traitement est accepté. Injections variant de 5 cent. cubes, les deux premières à 10 cent. cubes : 120 grammes en tout tous les trois jours.

A la cinquième injection les parents et l'enfant elle-même me font connaître le résultat obtenu. L'appétit est meilleur, l'enfant demande à sortir et ne craint pas la marche ; elle gravit les quatre étages sans arrêt; les nuits sont bonnes, et on demande à lire, coudre, broder, etc.

Les injections sont continuées, et après un mois environ qu'avait duré le traitement, la jeune fille rentrait en pension et reprenait le cours de ses études.

IIe Observation. — Homme de 30 ans. Rien au cœur, rien aux poumons, pas de maladie organique.

Hématémèses abondantes durant deux ou trois jours, se

renouvelant depuis deux ans tous les trois mois. Anémie, perte d'appétit, se lasse facilement, lutte pour pouvoir vaquer à ses occupations.

Après le récit des traitements suivis jusqu'à ce jour sans résultat, je propose les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Le malade accepte et le traitement commence dix jours après la dernière hématémèse.

Injections à la dose de 5 cent. cubes deux fois, les suivantes à 10 cent. cubes et renouvelées tous les deux jours par série de cinq injections avec un intervalle de dix jours entre chaque série.

Après la dixième injection, le malade a repris de un kilogramme; l'appétit est bon, les digestions faciles, se livre avec entrain à ses occupations journalières. Les injections sont bien supportées. Pas d'hématémèse.

A la quinzième injection, l'amélioration persiste, le traitement est suspendu, mais il sera repris prochainement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances d'octobre 1893. — **Présidence de M. Cordier.**

ABCÈS DU CERVELET LIÉ A LA PRÉSENCE D'ACARES DANS L'OREILLE CHEZ UN LAPIN.

M. Lannois présente des préparations d'acariens provenant des oreilles d'un lapin dont il a fait l'autopsie il y a quelques semaines.

Cet animal avait été inoculé avec des produits solubles du streptobacille de l'influenza par M. G. Roux, au laboratoire de clinique médicale du professeur Bondet, alors qu'il faisait des recherches publiées depuis avec MM. Teissier et Pittion. Après avoir présenté quelques phénomènes passagers, ce lapin s'était rétabli complètement et avait beaucoup engraissé. Il y a un an environ, il fut pris de phénomènes vertigineux très intenses soit spontanément, soit sous l'influence des excitations les plus minimes. Il appuyait le côté gauche de la tête sur le sol et se mettait à rouler sur lui-même avec des mouvements convulsifs des pattes. Ces crises

étaient si violentes qu'il renversait sa cage. Il avait parfois des intervalles de calme assez longs, mais même à ces périodes il avait l'habitude de tenir sa tête fortement tournée à droite, comme s'il eût eu du torticolis.

On le regardait avec curiosité, se demandant, avec un doute scientifique très accusé, si ces accidents à longue échéance avaient quelque rapport avec la grippe. Lorsque M. Lannois eut l'occasion de le voir, il émit l'opinion qu'il s'agissait peut-être simplement d'un vertige auriculaire lié à la présence de parasites acariens dans l'oreille, le fait ayant été signalé par M. Mégnin sur le chien et le lapin : mais il n'y avait pas d'écoulement apparent et il ne fut pas pratiqué d'examen direct de l'oreille à ce moment.

Le lapin fut trouvé mort un matin dans sa cage à la fin du mois de septembre, et M. Lannois fut chargé de faire l'autopsie. Les deux oreilles externes étaient remplies d'un pus épais, jaune, fourmillant d'une multitude d'acariens encore vivants qu'on voit bien sur les préparations présentées. La détermination exacte n'a pas été faite, mais il semble bien qu'il s'agit d'acares et non de tyroglyphes, en raison de l'absence de barre transversale en arrière de la première paire de pattes.

En ouvrant le crâne et en essayant d'enlever le cerveau, on amena la rupture d'un volumineux abcès localisé dans le lobe droit du cervelet. Le pus étant blanc crémeux, les méninges très enflammées et l'abcès faisait l'impression d'être relativement récent. Le rocher du côté droit présentait un petit point carié, du diamètre d'une lentille, qu'on ne retrouvait pas sur l'autre côté. Les deux rochers enlevés et ouverts ont montré une otite moyenne avec pus dans la bulle et l'oreille interne.

Il est probable que la filiation des accidents a été : otite externe produite par la présence des parasites, myringite et perforation du tympan; otite moyenne, inflammation de l'oreille interne et irritation des canaux semi-circulaires déterminant le vertige, et enfin carie du rocher et abcès consécutif du cervelet.

L'un des secrétaires annuels. P. Lacour.

REVUE DES LIVRES

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique des injections de liquide testiculaire dans certaines formes d'aliénation mentale, par le docteur Jean-Georges Alombert-Goget. Thèse de Lyon, 1892-93.

Les observations qui servent de base à ce travail ont été recueillies dans le service de M. le professeur Pierret. L'auteur en a tiré les conclusions suivantes :

La méthode de Brown-Séquard appliquée au traitement des affections mentales a paru, à doses suffisantes, déterminer des modifications avantageuses dans deux catégories différentes de malades, les ataxiques et les épileptiques délirants.

Les modifications ont porté non seulement sur la nutrition générale, mais encore sur l'état psychique.

L'aspect extérieur des sujets a changé ; l'œil est devenu plus vif, le regard plus net, plus incisif ; en un mot toute la physionomie est devenue plus expressive, en même temps que l'état mental subissait d'importantes transformations.

Chez les épileptiques, les crises ont été modifiées dans leur forme et leur nombre a été légèrement augmenté.

Chez les ataxiques, en outre de la disparition peu commune des douleurs fulgurantes, nous avons noté la suppression des interprétations délirantes en même temps que la régularisation de la température.

En somme, les injections de liquide testiculaire ont produit une augmentation de la vitalité sous toutes ses formes.

REVUE DES JOURNAUX

Propagation par l'air à grande distance d'une épidémie de fièvre typhoïde. — Le docteur Froidbise a présenté à l'Académie de médecine belge un mémoire relatant une épidémie de fièvre typhoïde à l'établissement militaire de Saint-Bernard, et dont l'étiologie présente un intérêt particulier.

L'épidémie a débuté le 22 avril 1892, les cas se multipliant rapidement, 42 hommes entrent à l'hôpital durant le mois

de septembre. Ils deviennent rares en octobre, 5 cas jusqu'au 20 octobre, et ils cessent à partir de ce jour. L'épidémie a duré deux mois, donnant 52 malades, soit le sixième de la population, et causant six morts.

Toutes les causes d'infections locales sont recherchées avec le plus grand soin, et on ne peut rien découvrir. Aucune des origines connues ne peut être invoquée. Seulement à 1,800 mètres existe un amoncellement de 300,000 mètres cubes de vase, à l'embouchure du Rupel, dans l'Escaut; on a pendant l'été de 1892 fait de grands travaux, le lit et les bords de la rivière ont été dragués et les boues ont été projetées au-dessus des digues et se sont répandues sur une surface de 7 à 8 hectares.

Pendant toute la durée de l'épidémie les vents ont régné dans la direction du foyer suspect à l'établissement Saint-Bernard.

« En résumé, conclut le docteur Froidbise, une épidémie grave de fièvre typhoïde s'est déclarée dans un établissement militaire, isolé au milieu de la campagne, n'ayant jamais, peut-on dire, été visité par cette maladie. Je puis, d'une façon absolue, affirmer l'absence comme causes, de fatigue, de surmenage, d'encombrement, de malpropreté, de mauvaise alimentation ou boisson. L'eau et le sol, les latrines et les égouts sont indemnes de contamination. La marche de l'épidémie et les circonstances spéciales démontrent qu'elle n'est due ni à l'eau, ni aux poussières des chambres et des vêtements, ni aux émanations du sol ou des latrines.

« Un immense foyer d'infection existe en dehors de l'établissement, à 1,800 mètres de distance.

« L'infection se manifeste par place. Les vents dominants à l'époque de l'épidémie favorisent la propagation de l'air infecté vers l'établissement contaminé, et ce, sans rencontrer d'obstacles.

« De ces faits, je conclus que l'épidémie de Saint-Bernard est due à l'infection produite par la vase déposée sur la rive du Rupel et propagée par l'air à *grande distance.*

« Cette constatation infirme la proposition généralement admise que la fièvre typhoïde ne se propage par l'air qu'à une faible distance du foyer d'infection. »

Il convient d'ajouter que MM. Kuborn et Desguins, rap-

porteurs de la Commission chargée de l'examen de ce rapport, en ont demandé l'insertion dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, tout en ne croyant pas à la propagation de la fièvre typhoïde à semblable distance. Malgré cette réserve, le mémoire est à lire et l'observation fort intéressante. (*Journ. des connais. méd.*, 19 oct. 1893.)

L'huile d'olive et le traitement des coliques de plomb, par M. de Prada. — L'auteur publie trois observations, dans lesquelles cette médication employée par Weill et Combemale a été mise à l'essai à la dose de 200 grammes comme désobstruant et calmant. (*Revista di med. y cirurgia practicas*, 7 oct. 1893.)

M. de Prada n'en a point obtenu ces effets thérapeutiques. L'huile à cette dose élevée est difficilement acceptée par les malades. Il y a de l'intolérance stomacale. Il estime donc que cette médication est inférieure à celle par le calomel et les calmants et qu'il vaut mieux s'en tenir aux purgatifs classiques par les sels de magnésie et de soude, ou par le calomel associé aux sédatifs comme l'antipyrine et l'opium. Il ne partage point non plus l'opinion de Dixon Mann déclarant l'utilité de l'huile d'olives à la dose quotidienne de cinquante grammes pour combattre le saturnisme chronique et admettant le rôle saponificateur de ce remède pour faciliter l'élimination du plomb à l'état de sel par la muqueuse intestinale. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*, 25 oct. 1893.)

Infusoires dans le catarrhe intestinal. — M. Ross défend l'opinion d'après laquelle les *infusoires* qu'on trouve dans l'*intestin atteint de catarrhe* sont la cause de l'affection et non pas des hôtes accidentels. Si l'on examine les selles fraîches des personnes atteintes de diarrhée on peut trouver une ou plusieurs des formes suivantes : 1° le *mégastome entérique* qui se distingue de la forme décrite par Grassi par le défaut du pont qui relie les deux noyaux antérieurs, ou bien ses variétés encapsulées ; une de ces variétés est représentée par des corpuscules amorphes renfermant six à huit grains ; 2° le *trichomonas intestinalis* de Marchand qui présente toujours trois cils ; 3° la *balantide du côlon* avec ses formes de sporulation ; 4° le *cercomonas*

de l'homme de Davaine ; 5° une nouvelle forme en tire-bouchon avec renflement contenant un noyau et avec dépression buccale pourvue d'un cil ; 6° la forme décrite par May sous le nom de *cercomonas coli.*

A côté des infusoires, on trouve toujours beaucoup de bactéries et de vibrions dans les selles, mais seuls les infusoires seraient la cause des entérites. Le meilleur traitement à opposer à celles-ci est l'usage du calomel (0 gr. 10 trois à quatre fois par jour) qui donne des résultats supérieurs à ceux de la quinine. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, tome II.)

Le gallanol dans le traitement du psoriasis, par le docteur Bayet, agrégé à l'Université de Bruxelles. — De l'enquête à laquelle s'est livré M. Bayet, il résulte que le gallanol a une action réelle sur le psoriasis, qu'il diminue la rougeur et l'infiltration des placards, et peut, dans certains cas, amener la guérison là où les autres méthodes ont échoué. Le gallanol ne présente pas les mêmes inconvénients que l'acide chrysophanique; il ne tache pas le linge, a une coloration moins voyante, peut être appliqué à la tête et à la face, et ne laisse pas, après guérison, des macules colorées. L'acide chrysophanique a une action plus énergique, mais il est des cas où il est absolument inapplicable, par suite d'une susceptibilité cutanée spéciale ou de considérations sociales, de plus on ne peut s'en servir pour la face et le cuir chevelu. Avec le gallanol, nous possédons un agent réducteur d'une puissance supérieure à celle du naphtol B; ce médicament possède de nombreux avantages qu'apprécieront vivement les malades. (*La Clinique*, septembre 1893).

Un cas de suppression de la sécrétion mammaire à la suite de lotions du mamelon avec une solution de chlorhydrate de cocaïne. — M. Guénel, ayant été appelé pour gerçures du sein auprès d'une de ses accouchées, avait d'abord fait frictionner le mamelon avec du cognac. Ce traitement n'ayant pas donné de résultats et la douleur continuant à être très intense, il fit faire des lotions à la cocaïne à 1/50. La douleur disparut, les crevasses guérirent, mais les seins devinrent flasques et la secrétion lactée disparut.

Les lotions alcooliques firent reparaître la fonction mammaire. Ce fait est très intéressant au point de vue pratique, et ce traitement peut être employé dans le cas de gerçures trop douloureuses.

Le docteur Valentin Desarnaux a vu deux fois la cocaïne supprimer la sécrétion mammaire et il l'attribue à ce que ce médicament exerce une grande action sur les vaso-constricteurs. (*Gaz. méd. de Liège*, 19 oct. 1893.)

Sur l'action diurétique du baume de copahu, par par BRONOWSKI.— M. Bronowski a donné du baume de copahu à la dose de 5 gr. par jour, sous forme d'émulsion avec une infusion de menthe, à six malades (3 cas de cirrhose du foie, 1 cas de cancer du foie, 1 cas d'asystolie avec cirrhose hépatique, 1 cas de pleurésie exsudative) ; il calmait la diarrhée qui ne manquait pas d'apparaître à l'aide de laudanum.

L'action diurétique a été surtout remarquable dans les cas de cirrhose du foie. Déjà le premier jour après l'administration du remède on trouvait dans les urines de l'acide copaïque. L'action diurétique est au maximum le troisième ou le quatrième jour après le début du traitement. Dans tous les cas, il y a eu de l'irritation intestinale (diarrhée avec coliques intestinales), mais jamais on n'a noté aucun signe d'irritation rénale. Sous l'influence du copahu, l'excrétion d'urée a doublé et les œdèmes ont disparu ou ont diminué. (*Gazeta lekarska*, 22 juillet.)

De l'alimentation par la voie rectale. — On sait que beaucoup de médecins nient l'utilité des lavements nutritifs dont l'absorption serait, d'après eux, nulle ou en tout cas insuffisante. Or, une observation de M. le docteur Maragliano, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Gênes, montre bien quels services précieux l'alimentation par le rectum peut rendre dans les cas d'ulcère de l'estomac.

Il s'agissait, dans cette observation, d'une femme chez laquelle était survenue une perforation d'un ulcère gastrique suivie de péritonite. L'inflammation du péritoine s'était fort heureusement circonscrite. La maladie guérit grâce à une alimentation exclusivement rectale continuée sans in-

terruption pendant 94 jours. Au bout de ce temps, le poids de la malade n'avait diminué que de 2.700 grammes.

Voici la formule des lavements nutritifs qui ont été employés dans ce cas.

Muscles de bœuf........	300	grammes.
Pancréas..............	150	—

Mêlez, triturez dans un mortier, et passez.

Ajoutez ensuite :

Eau...................	Q. s.	
Carbonate de soude.....	5	grammes.
Fiel de bœuf récent.....	25	—

F. S. A. Pour quatre lavements, qu'on administre dans le courant de la journée en y ajoutant une quantité suffisante d'eau tiède.

Cette formule ne se distingue, comme on le voit, de celle de Leube que par l'addition d'une certaine quantité de fiel de bœuf, modification imaginée par M. le docteur Sciolla, et qui aurait pour effet d'activer l'absorption des substances alimentaires introduites dans le rectum, ainsi que d'en empêcher la décomposition putride. (*Archives méd. belges*, oct. 1893.)

L'iode métallique en injections sous-cutanées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Voici la formule employée par le docteur Désiré Mantelin :

Iode métallique......	1	gramme.
Chlorure de sodium...	2	—
Iodure de potassium ..	3	—
Eau distillée.........	1000	—

L'auteur injecte 1, 2, 3, 4, 5 et jusqu'à 6 centim. cubes de cette solution pendant environ un mois et quelquefois plus longtemps.

L'auteur n'a jamais observé ni abcès, ni induration persistante, ni intoxication iodique.

L'iode paraît agir comme antiseptique, comme excitant digestif et comme modificateur des sécrétions bronchiques. Il y a toujours augmentation de poids. (*Thèse de Lyon.*)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

INAUGURATION DE LA NOUVELLE CLINIQUE DE M. LÉPINE.

M. le professeur Lépine a fait le 4 novembre l'inauguration de ses nouvelles salles en présence de M. le docteur Dron, représendant l'Administration des hospices, de M. le professeur Crolas, remplaçant le Doyen de la Faculté de médecine, en congé, et d'un certain nombre de membres de la Faculté de médecine. M. Lépine, après avoir remercié l'Administration des hospices, a traité de la *méthode à suivre en abordant la clinique.*

Il a d'abord mis les élèves en garde contre une tendance assez naturelle de l'esprit qui leur fait rechercher chez le malade tous les symptômes décrits dans les traités de pathologie. Mais les descriptions des pathologistes ne sont que des schèmes : il en résulte que le livre n'est presque jamais absolument exact et ne peut pas l'être, puisque le rôle du pathologiste consiste surtout à voir les traits communs d'un état morbide chez différents individus.

Il décrit ces traits aussi fidèlement que possible, ajoute M. Lépine, mais il néglige nécessairement les particularités accessoires, attendu que souvent ces dernières non seulement diffèrent, mais se contredisent; de telle sorte que, si les traits principaux de sa description sont reproduits, tels qu'ils existent dans la nature, les particularités sont absentes et remplacées par des *moyennes.* En somme, l'œuvre du pathologiste ressemble à une de ces photographies, qu'on appelle *composites*, et qui sont l'amalgame bizarre de plusieurs portraits fondus dans le même cliché. On y retrouve les traits communs des individus qui ont posé devant l'objectif; mais tous les traits particuliers ont disparu, et il n'y a que du flou à leur place. Si les sujets ne se ressemblent que fort peu, le résultat est baroque.

« La première condition pour les pathologistes est donc de réunir un groupe un peu homogène. Aussi les voyons-nous sans cesse démembrer les espèces morbides et en multiplier le nombre. Chaque jour nous assistons à la création d'espèces

nouvelles. Eh bien, malgré cette création luxuriante, il y a et il y aura toujours beaucoup de cas particuliers qu'il sera impossible de faire entrer dans les cadres et qui resteront comme des cas isolés, intermédiaires entre deux espèces voisines. Je dis qu'il en sera toujours ainsi, même dans le plus lointain avenir, parce que de nouveaux moyens d'investigation permettront à nos successeurs de saisir des différences que nous ne pouvons soupçonner aujourd'hui. En vain augmentera-t-on le nombre des espèces. Des cas de transition n'en persisteront pas moins, parce que les espèces morbides sont loin d'être aussi tranchées que les espèces animales. Aussi bien les espèces morbides, pures abstractions, ne méritent pas le nom d'*espèces*, et c'est par abus de langage qu'on le leur a conservé. »

Et M. Lépine donne des exemples d'une incontestable vérité en montrant la série des états intermédiaires qui existent entre la crise d'épilepsie convulsive et l'épilepsie jacksonnienne sans perte de connaissance ou le petit mal. N'y a-t-il pas de même des formes de transition entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie ? Si ces formes de transition abondent dans les maladies du système nerveux, il en est de même pour les maladies d'autres appareils. Dans le plus récent et le meilleur traité sur les maladies de l'estomac, celui de M. Bouveret, l'hyperchlorhydrie, la dilatation, etc., sont décrites comme des états morbides distincts. Rien de plus légitime pour l'étude; mais, en clinique, combien voyons-nous de cas purs et combien fréquemment nous constatons la coexistence de ces divers états et par conséquent de formes intermédiaires entre ces espèces artificiellement isolées ! Et l'orateur résume sa pensée en se disant porté à croire que les cas intermédiaires aux types morbides sont les plus nombreux. Voilà ce que la saine observation des malades fait constater, et quand on étudie la médecine dans les livres on ne s'en doute guère.

Pendant longtemps on a cru qu'il suffisait de penser *anatomiquement*, et notre nosographie, dont les cadres d'ailleurs craquent aujourd'hui de toutes parts, a été basée sur la constatation des lésions *macroscopiques*. L'œuvre des maîtres français du commencement de ce siècle, des Laennec, des Cruveilhier, etc., ne saurait trop être admirée ; mais il

est évident que la base, qu'ils ont bien fait de choisir à leur époque, n'est plus admissible aujourd'hui. Voici, par exemple, la pneumonie. Eh bien, l'hépatisation rouge coexiste avec les formes symptomatiques les plus différentes, variant depuis la forme latente (pneumonie de starvation) et la pneumonie avec début solennel, fièvre intense, symptômes locaux caractéristiques. Dans ces formes cliniquement si différentes, la lésion non seulement macroscopique, mais même étudiée au microscope, paraît identique. De même il n'est pas certain que la présence de tissu fibreux dans le myocarde soit une cause suffisante de faiblesse et d'arythmie cardiaque : en effet, ces deux symptômes peuvent manquer dans les hypertrophies cardiaques où la lésion interstitielle coexiste avec une grande régularité et une grande énergie des battements du cœur.

Récemment on a cru qu'il suffirait de penser *étiologiquement*, car la bactériologie apportait pour la constitution d'espèces naturelles une série de documents de la plus haute importance. Mais son intervention dans la nosographie est nécessairement limitée, car il s'en faut que toutes les maladies soient microbiennes ; et d'ailleurs, elle ne peut toujours trancher en dernier ressort. Est-on, par exemple, en mesure de dire aujourd'hui avec une entière certitude si tel microbe est d'une espèce absolument distincte de telle autre ?

Si donc l'anatomie pathologique et l'étiologie ne peuvent pas nous fournir une base solide, c'est ailleurs qu'il faut la chercher, dans la pathogénie. Ici nous laisserons parler l'orateur lui-même :

« Je ne vois, pour moi, qu'une base inébranlable de la
« nosologie : c'est la cause *prochaine* du processus mor-
« bide, ou, en d'autres termes, le désordre *pathogénique*.
« Nous ne pouvons plus dire avec Laennec que « c'est par
« l'altération des organes qu'on doit caractériser, spécifier
« les maladies ». L'exemple de la pneumonie que je vous
« citais plus haut prouve le contraire. La pneumonie de
« starvation et la pneumonie franche sont deux maladies
« différentes, bien qu'elles aient les mêmes lésions et, peut-
« être le même microbe. Ce qui distingue et caractérise une
« maladie, c'est bien entendu avec sa marche et ses princi-
« paux symptômes, comme je viens de le dire, la *cause pro-*

« *chaine* du processus, qui est tantôt une lésion visible des « solides, tantôt une altération des liquides appréciables, « soit par des réactions chimiques, soit par les réactifs « *biologiques*, tantôt par une simple modification dynami- « que, par exemple dans l'hystérie, que nous soupçonnons, « sans pouvoir en prouver la réalité. L'existence d'une toxine « que nous sommes impuissants à isoler, mais dont les ef- « fets sur un animal mis en expérience prouve l'existence, « voilà dans beaucoup de cas, après la marche et les symp- « tômes, une caractéristique plus importante que telle lésion « macroscopique, parce qu'elle est bien la cause *prochaine* « de la maladie. Il est suranné de penser *anatomiquement;* « il faut désormais penser *pathogéniquement*. La grosse « lésion macroscopique n'est assurément pas sans impor- « tance, mais elle est loin de tenir toujours sous sa dépen- « dance, comme on l'a cru trop longtemps, la maladie elle- « même. Ce qu'il nous faut, en face du patient, c'est essayer « de débrouiller la pathogénie de son mal. Dénommer des « maladies est une satisfaction sans doute. Elle suffisait à « Pinel. Mais les connaître est mieux, et on ne les connaît « que si on en possède le mécanisme pathogénique....

« Pour rechercher, — je ne dis pas pour trouver, — la « cause intime et prochaine de la maladie, il faut être pro- « fondément versé dans la connaissance des phénomènes « biologiques normaux et des grands processus pathologi- « ques. En d'autres termes, la base de la clinique n'est au- « tre que la physiologie et la pathologie générale. Vis-à- « vis de la pathologie spéciale son indépendance est absolue ; « cela est évident. La pathologie spéciale ne fait que balbu- « tier et systématiser, souvent à tort, les enseignements de « la clinique. Mais vis-à-vis de la physiologie et de la pa- « thologie générale sa dépendance est étroite. »

Nous croyons inutile d'ajouter que la fin de ce discours a été couverte par les applaudissements répétés qui ne s'adressaient pas moins à un maître éminent et aimé qu'aux idées si suggestives et si pleines de sens que l'auditoire venait d'entendre.

M. Ls.

VARIÉTÉS

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 8 novembre 1893). — M. le docteur H. Dor présente une petite fille qui porte sur la paupière droite un favus des mieux caractérisés. Elle a été contagionnée par sa sœur atteinte d'un favus du cuir chevelu.

— M. Lathuraz, interne des hôpitaux, relate le cas d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu avec une fracture de la voûte orbitaire droite, déterminant la perte de la vision du côté correspondant, de l'exorbitisme et un bruit de thrill. Trois semaines après l'accident éclatent des symptômes de compression cérébrale, et à l'autopsie on trouve un abcès du lobe frontal droit.

— M. le docteur Tellier présente un énorme fibrome ayant le volume d'une tête d'adulte et développé aux dépens du col de l'utérus. Il déterminait des douleurs intolérables, mais pas de métrorrhagie. L'hystérectomie réclamée par la malade a été pratiquée, et les suites en sont à ce jour des plus simples.

— M. Regaud, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société un foie contenant un abcès avec un litre de pus. Existence chez le même malade d'une pleurésie droite, avec un liquide citrin.

— M. le docteur Couette, dans un mémoire sur l'action et l'indication de la température en hydrothérapie, étudie successivement les effets physiologiques de l'eau froide et de l'eau tiède. Dans la prochaine séance, il fera connaître les effets de l'eau chaude et les indications de ces modes d'application de l'eau.

Nomination a l'Institut. — On vient d'apprendre que M. le professeur Rollet a été élu, à la presque unanimité des suffrages, membre correspondant de l'Académie des sciences.

Nous applaudissons sans réserves, nous aussi, au complément que reçoit ainsi la représentation de la médecine lyonnaise au sein du premier corps savant de France; car si plusieurs de nous pouvaient exciper de titres valables à cette haute désignation, nul assurément n'en était digne au même degré que notre cher collègue. Digne, avant tout, par le caractère génial de ses travaux qui ont fait entrer dans le domaine des sciences positives la *spécialité* que les écarts d'un enseignement fantaisiste en avaient jusqu'ici exclue : digne aussi par l'importance des sujets divers sur lesquels s'est exercé son esprit encyclopédiquement doué, servi par une plume aussi élégamment que correctement taillée pour l'office d'initiateur : digne enfin par l'exemplaire désintéressement de ses mœurs professionnelles : garant certain que la distinction que ses pairs viennent de lui décerner ne sera pas, aux yeux du nouvel élu, un hochet dont on use pour accroître son prestige personnel, mais le couronnement, apprécié comme il le mérite, d'une carrière exclusivement consacrée au culte austère de la science.

Personnel médical de Lyon en juin 1893. — Le *Recueil des actes administratifs du département du Rhône* (n° 22 de 1893) publie la liste des médecins exerçant à Lyon le 8 juin 1893. Elle contient les noms de 212 docteurs en médecine et de 7 officiers de santé, avec la date de la délivrance du diplôme. Cette liste *officielle*, bien qu'elle soit la plus complète publiée depuis vingt-cinq ans, omet les noms de nombreux médecins qui occupent à la Faculté de médecine, dans les hôpitaux, etc., des situations connues de tous. Vous chercherez vainement dans cette liste les noms de MM. les professeurs Lacassagne, Laroyenne, Lortet, Mayet, Monoyer, Pierret, A. Poncet ; ceux de MM. Aubert, Bergeon, Condamin, Courmont, Delore, Diday, Leclerc, Linossier, Pollosson (Auguste), Poullet, Roux (Gabriel), Vallas, médecins, chirurgiens des hôpitaux, ou agrégés de la Faculté ; de MM. Albertin, Curtillet, Dolard, Gironde, Gromier, Jantet (A.), Jantet (C.), Lacour (Pierre), Lyonnet, Mollard (J.), Tellier, anciens internes des hôpitaux ; de MM. Achard, Gonin, Chantre, Croizat, Dupré, etc., etc.

Les 35 noms ainsi omis sur la liste officielle, sont-ils les seuls ? Certainement non.

A diverses reprises nous avons rappelé à nos confrères l'article 24 de la loi du 19 ventôse an XI, imposant aux médecins praticiens l'obligation de faire enregistrer leur diplôme au greffe du tribunal et au bureau de la sous-préfecture dans le délai d'un mois après la fixation de leur domicile. Aucune pénalité autre que l'éventualité d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine ne frappant les médecins qui n'accomplissent pas cette formalité, ceux de Lyon et du Rhône ont toujours montré peu d'empressement à se faire inscrire. Aussi les listes officielles du personnel médical publiées par le ministre du commerce portaient pour le département du Rhône 67 docteurs en médecine en 1876, 138 en 1881.

La loi du 30 novembre 1892, qui sera exécutée à partir du 1er décembre 1893, c'est-à-dire un an après sa promulgation, punit d'une amende de 25 à 100 fr. le médecin qui n'aura pas dans le délai d'un mois fait enregistrer son diplôme.

Le *Recueil des actes administratifs du département du Rhône* pourra dans quelques mois donner une liste complète du personnel médical, et bientôt nous pourrons lire dans le relevé statistique publié par le Bureau de l'hygiène publique le nombre réel des docteurs en médecine ou officiers de santé qui se livrent à la pratique à Lyon et dans le département du Rhône.

Les maladies vénériennes en Russie. — Les maladies vénériennes, en particulier la syphilis, semblent devenir en Russie un véritable désastre dans certaines régions, du moins au Caucase et dans les gouvernements du sud et de l'est, où viennent vivre, pendant la moisson et dans une promiscuité inouïe, des centaines et des milliers de garçons de ferme, de moissonneuses. Ces paysans retournant chez eux infectent tout leur voisinage. Ainsi en l'espace de quatre mois, 23 personnes ont été syphilisées par un seul et même individu.

Pour arrêter ce fléau, les mesures gouvernementales sont l'encarte-

ment et la visite des prostituées, l'examen périodique des ouvriers dans les usines et les divers établissements de commerce, des soldats et des laboureurs retournant dans leur foyer ; l'examen dans les villages, à la requête des habitants, de toute personne suspecte, l'isolement et le traitement des vénériens dans les hôpitaux généraux ou spéciaux, et la distribution de brochures exposant l'infectiosité des maladies vénériennes et la nécessité d'avoir recours à un traitement.

Voilà des mesures où la liberté individuelle (ce dada si cher à certains hygiénistes) a été fortement compromise, ce nous semble.

Un traitement indien de la petite vérole. — Ce traitement fut appliqué à M. Behramji-Malabari, journaliste indien, apôtre enthousiaste et désintéressé des réformes sociales en cours d'exécution dans l'Inde. Sevré à l'âge de cinq ans, Malabari fut pris de la petite vérole. Le médecin appelé à le soigner fronce le sourcil, déclare le cas inquiétant, ordonne des remèdes qui échouent ; il reste une dernière ressource : l'astrologue hindou, moitié praticien et moitié sorcier. Bhikhibai, mère du futur journaliste Parsis, va le trouver. Il tire des cercles, trace des nombres, propose des rites magiques, qui sont aussitôt repoussés avec horreur, et formule en fin de compte une ordonnance souveraine : installer dans la chambre du patient plusieurs images en argent de Sitla Mata, la divinité de la petite vérole, allumer devant elles une veilleuse, décorer le mur avec une figure en couleur de Sitla Mata, lui présenter des offrandes et lui adresser des prières deux fois par jour ; interdiction à la mère de prendre autre chose que des grains de riz rôtis une seule fois par jour ; tenir rigoureusement le malade au régime lacté ; après la guérison, remettre à l'astrologue consultant les images en argent et offrir un sacrifice à Sitla Mata dans son temple. Bhikhibai observa quinze jours le jeûne prescrit, malgré des fatigues accablantes ; mais Sitla Mata lui en sut gré : l'enfant guérit. (*Revue Bleue*, 16 sept. 1893.)

Nombre des journaux de médecine. — Le nombre des journaux médicaux, régulièrement classés et analysés par l'*Index medicus*, s'élève à 1.119.

Erratum. — Dans le dernier numéro du journal (mémoire P. Cazeneuve, Ét. Rollet et J. Nicolas), lire p. 333, après la troisième ligne en haut :

b) *Cobaye témoin :* Mort le 26 mai avant 7 heures du matin. Autopsie : Œdème *in loco* s'étendant un peu au-delà du point d'inoculation de deux ou trois centimètres au plus ; grosse rate avec de nombreux bacilles. Ce cobaye témoin a donc succombé huit heures au minimum avant le cobaye A (charbon et gallanol).

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Octobre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent.		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombée	évap	
29	751	0 m	746	12 s	+16.0	3 s	+ 2.5	0 m	100	66	0.0	0 4	23
30	746	0 m	741	3 s	+10.5	12 m	+ 4.2	6 m	98	72	0.0	1.0	19
31	747	12 s	742	6 m	+10.0	2 s	+ 5.8	7 m	92	76	0.0	0.9	12
1	750	8 s	747	3 m	+13.0	2 s	+ 1.7	8 m	91	56	0.0	1.1	23
2	751	7 m	750	3 s	+16.4	1 s	+ 8.0	4 m	92	65	0.0	1.0	24
3	752	8 m	748	12 s	+15.9	2 s	+10.2	8 m	90	60	0.0	1.1	17
4	748	0 m	744	5 s	+12.5	3 s	+ 3.0	5 m	97	86	0.0	1.0	13

Maladies régnantes. — Il a été enregistré pendant la 44ᵉ semaine de 1893, 131 décès au lieu de 136 survenus la semaine précédente et 146 pour la période correspondante de 1892.

Cette faible léthalité (15.6 par an et par 1.000 habitants) est le meilleur indice d'un état sanitaire satisfaisant.

Les maladies aiguës des organes de la respiration sont assez fréquentes, mais sans gravité spéciale. Des pleurésies en certaine proportion.

La diphtérie qui faisait peu parler d'elles depuis quinze jours est signalée dans les 1ᵉʳ, 3ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ arrondissements et a occasionné cette semaine la mort de cinq enfants.

Les autres maladies infectieuses sont rares, exception faite pour la fièvre typhoïde toujours présente.

Les méningites sont encore nombreuses; état stationnaire dans le contingent des affections cérébrales aiguës.

Les affections chroniques du cœur, du poumon, des reins, les cachexies entrent pour la moitié dans la mortalité hebdomadaire.

Sur les 131 décès (93 en ville, 38 dans les hôpitaux civils), 30 (proportion élevée) ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 13 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 4 novembre 1893, on a constaté 131 décès :

Fièvre typhoïde....	3	Catarrhe pulmonaire	3	Affections du cœur.	9
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	8	— des reins....	8
Rougeole..........	0	Pneumonie........	8	— cancéreuses.	11
Scarlatine........	0	Pleurésie..........	3	— chirurgicales	6
Erysipèle.........	1	Phthisie pulmon...	16	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup...	5	Autres tuberculoses.	0	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	1	Méningite aiguë ...	5	Aut. causes de décès	23
Affect. puerpérales	0	Mal.cérébro-spinales	11		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	3	Naissances.......	150
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés........	6
Bronchite aiguë...	0	Cirrhose du foie....	2	Décès............	131

Le Président du Comité de rédaction, **H. MOLLIÈRE.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

LES TRAUMATISMES LÉGERS DE LA TÊTE CHEZ L'ENFANT;

Par le docteur E. Weill,
Médecin des hôpitaux, chargé de la clinique des maladies des enfants.

L'hystéro-neurasthénie traumatique est un symptôme qui semble fréquent chez l'adulte à en juger par le nombre des travaux importants qu'il a suscités, depuis ceux d'Erichsen, de Walton et Pertnam, jusqu'à ceux d'Oppenheim Strumpell, Charcot, Bouveret, Grasset, Vibert, Lacassagne et ses élèves Alamartine et Guillemaut. Tous ces auteurs ont particulièrement décrit les troubles nerveux succédant aux grands traumatismes, dans les accidents de chemin de fer, les incendies, les cas de fulguration. La question, en ce qui concerne les enfants, n'a pas été abordée. Au contraire, les auteurs font ressortir l'immunité des enfants vis-à-vis des grands ébranlements nerveux. M. Bouveret dit expressément que dans les accidents de chemin de fer, les symptômes hystéro-neurasthéniques ne se développent pas chez les enfants, les sujets en état d'ivresse, les gens profondément endormis. On a même tiré un argument en faveur de la théorie de l'hystéro-neurasthénie appliquée aux accidents du railway Sprin et du railway Brain. En effet, dit-on, si le traumatisme est susceptible dans une certaine mesure de produire une modification dynamique des centres nerveux, l'influence de l'émotion, de la terreur, de l'angoisse, est autrement grande. Dans un même cataclysme, les sujets prévenus sont bien plus gravement atteints que les autres. On a vu des mécaniciens, frappés d'hystéro-neurasthénie, alors qu'ils avaient pu arrêter à temps leurs machines et éviter la rencontre qu'ils attendaient anxieusement. Le shok moral est donc l'instrument essentiel de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Il peut se faire aussi que le traumatisme ne détermine qu'un phénomène local, insignifiant, contusion, douleur névralgiforme, et que la préoccupation de cet accident local, en cas de morsure par un chien, par exemple, détermine secondairement l'état hystéro-neurasthénique.

En tout état de cause, l'école française avec Charcot et Bouveret tient grand compte de cet élément émotif.

Il peut, au premier abord, paraître singulier que les enfants échappent ainsi à la névrose traumatique, alors que l'on sait combien leur système nerveux est excitable, quel retentissement les émotions, les frayeurs ont sur leurs centres au point de faire éclater des accidents, tels que des convulsions, la chorée, etc. D'autre part l'hystérie existe chez l'enfant. On l'a même signalée chez les enfants au-dessous de deux ans (Chaumier).

Tous les traités des maladies de l'enfance la décrivent. M. Bardol dans un travail récent (1) a montré qu'elle pouvait simuler des lésions en foyer, telles que l'hémiplégie spasmodique, des monoplégies, ou la méningite, ainsi qu'en témoigne une observation d'Ollivier. De même la neurasthénie a été observée, plutôt peut-être à l'âge des études sérieuses que dans l'enfance proprement dite. C'est elle qui a entraîné l'opinion publique dans cette réaction passionnée contre le surmenage des écoles et des lycées. L'enfance n'est donc pas *à priori* un terrain défavorable à l'éclosion des accidents de nature hystérique ou neurasthénique que le traumatisme développe chez l'adulte.

J'ai pu suivre depuis un an deux garçons de 10 ans 1/2 et de 12 ans qui se sont présentés presque en même temps à mon observation, et chez lesquels une même cause, une chute peu grave sur la tête, avait déterminé des accidents plus ou moins analogues.

Le premier, T..., âgé de 10 ans 1/2, est robuste, bien développé, intelligent, répond bien aux questions. Je l'ai vu pour la première fois le 28 novembre 1892, on me l'amena pour une affection cardiaque. Depuis le commencement d'octobre, il remarquait que la course, la marche rapide, les jeux avec ses camarades produisaient un certain essoufflement qui ne l'arrêtait cependant pas, lorsque vers le 20, il se sentit des battements de cœur toute la journée, de l'anhélation au point qu'il garda la chambre. Le soir, survint une crise qui dura quatre heures et qui rappelle plus ou moins l'angine de poitrine : douleur vive, dans la région

(1) Thèse de Paris, 1893.

précordiale, sans irradiation dans le bras, dyspnée intense, angoisse, gémissements.

Depuis le 20 octobre jusqu'au 28 novembre, le malade a présenté des phénomènes identiques, se répétant régulièrement tous les jours : dyspnée modérée avec palpitations et accélération du cœur le jour, le soir crise à forme angineuse de quelques heures de durée. Cette crise cessait vers minuit, l'enfant s'endormait avec un sommeil agité, mais ne souffrait pas la nuit. Les palpitations, les crises douloureuses sont allées en s'accentuant depuis le début ; dans les derniers temps, il y avait une sorte de douleur en plaque dans le côté gauche de sa poitrine qui ne le quittait plus.

J'ai pu observer le jeune T... en pleine crise, assis sur son lit, la figure pâle, l'expression effrayée, la respiration lente comme suspendue volontairement par la douleur, accusant des élancements violents dans tout le côté gauche de la poitrine, sans irradiations dans le bras.

L'auscultation révélait des bruits normaux, mais ralentis. Le cœur battait 65 fois à la minute. Il n'y avait ni souffle, ni frottement, ni altération du rythme, ni retentissement exagéré du second bruit. On ne constatait ni hypertrophie cardiaque, ni lésion pulmonaire, ni modification de la température. L'urine ne renfermait ni sucre ni albumine.

Le ralentissement des battements du cœur contrastait avec l'accélération qu'il présentait dans la journée, où on obtenait facilement 110 à 120 pulsations à la minute.

Depuis le début de son affection, T... avait eu à deux reprises un torticolis avec raideur du cou, douleurs spontanées et surtout à l'occasion des mouvements, immobilisation de de la tête dans une attitude inclinée. Il avait présenté une première atteinte de ce mal au commencement d'octobre, lorsqu'il commença à s'apercevoir que l'exercice violent le fatiguait ; une seconde atteinte vers le 20 au moment où éclataient les symptômes qu'il présentait encore à l'heure actuelle. Le torticolis n'avait duré chaque fois que quelques jours.

Le jeune malade attirant l'attention sur les douleurs vives qui siégeaient dans le côté gauche de la poitrine, je dirigeai mon examen de ce côté. La pression, même légère, était douloureuse dans toute la région précordiale, aussi

bien au niveau des côtes que des espaces intercostaux. On ne trouvait pas de sensibilité localisée sur les points de Valleix. L'hyperesthésie à la pression s'étendait au-delà du siège des douleurs spontanées et occupait tout le côté gauche du corps, face et membres compris. L'hyperesthésie était profonde et occupait les os, les muscles, les articulations. La peau était indemne et ne présentait de modifications dans aucune de ses sensibilités. L'hyperesthésie profonde quoique généralisée prédominait dans la région précordiale. On ne constatait pas de changement dans le champ visuel, mais une abolition du réflexe pharyngien et une exaltation des réflexes tendineux du côté gauche, ainsi que de la contractilité faradique des muscles du même côté.

Voilà donc l'énumération des symptômes accusés par le jeune T... dans l'ordre où ils ont apparu et avec la physionomie particulière qu'ils présentaient. Deux atteintes de torticolis, une période de quelques semaines avec quelques légers troubles du cœur à l'occasion des efforts, une période de quelques semaines avec des accidents sérieux rappelant l'angine de poitrine.

Au premier abord, on devait songer à une affection cardiaque. T... n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire. Mais on sait que si chez l'adulte l'endocardite s'associe aux formes sérieuses de rhumatisme polyarticulaire, chez l'enfant le cœur se prend avec une facilité déplorable, lorsque le rhumatisme est peu intense, même lorsqu'il est purement musculaire.

En particulier, on a été frappé de la relation possible entre le torticolis et l'endocardite, puisque René Blache, en 1869, en signalait déjà expressément deux cas (1). En l'absence de toute altération des bruits du cœur, on ne pouvait se rattacher à cette hypothèse.

La constatation d'une hémihyperesthésie profonde était en faveur d'une modification des centres nerveux. Il ne pouvait s'agir d'une lésion, méningite ou tumeur, étant données d'une part la durée relativement longue de l'affection, d'autre part la conservation parfaite de l'état général. Au surplus, d'autres phénomènes se seraient ajoutés à l'hémihyperesthésie dans ces deux hypothèses.

(1) R. Blache. *Essai sur les maladies de cœur chez les enfants.*

On a beaucoup insisté dans les travaux concernant l'hystérie sur les troubles de la sensibilité cutanée, en particulier sur l'anesthésie. Sans qu'elle eût échappé, on a moins recherché l'hémihyperesthésie profonde. Dans un mémoire récent sur les troubles nerveux chez les tuberculeux (1) j'ai montré la fréquence de ce syndrome associé ou non à des troubles de la sensibilité cutanée et au rétrécissement concentrique du champ de la vision, j'ai cru pouvoir l'interpréter dans le sens d'un état hystériforme particulier, transitoire, sans crises convulsives, sans modifications de la mentalité, se développant en l'absence de tare héréditaire et n'ayant aucune tendance à évoluer vers l'hystérie franche. Je l'ai considéré comme l'indice d'une hystérie plus ou moins atténuée. T... ne présentait, comme les tuberculeux atteints d'hémihyperesthésie, d'antécédents nerveux, ni héréditaires, ni personnels. Il n'avait jamais eu de convulsions, de chorée, d'émotion, de frayeur. Ses organes étaient en bon état. Par exclusion, je pensai à la possibilité d'un traumatisme. Sur ma demande, T... m'apprit que, le 29 septembre, étant debout tout droit sur une voiture d'enfant de 50 centimètres de haut, il tomba à la renverse et vint toucher le sol par le côté gauche de l'occiput. Il n'eut ni plaie, ni ecchymose, présenta une douleur passagère ; sa chute ne s'accompagna ni d'étourdissement, ni de modification quelconque de la connaissance. Il se releva de suite et se mit à jouer. Il ne fit d'ailleurs pas attention à cet accident pas plus que ses parents qui y assistaient et qui n'y ajoutaient aucune importance. Le soir de l'accident il eut un mal de tête qui se dissipa dans la nuit. Deux jours après, le 1er octobre, il alla au Lycée.

La première atteinte de torticolis survint le 8, dix jours après l'accident, en même temps qu'une légère dyspnée d'effort ; ce n'est que vers le 20, trois semaines après la chute, que les phénomènes sérieux firent leur apparition. Ajoutons que l'enfant, absolument insouciant, ne songeait plus à son accident, ne s'en préoccupait nullement, et que chez lui l'élément psychique ne semble pas avoir joué un grand rôle dans la genèse des phénomènes morbides.

(1) *Revue de médecine*, 1893.

Je me ratrachai à l'idée d'un état hystériforme engendré par une chute sur la tête, se traduisant objectivement par une hémihyperesthésie, subjectivement par des désordres plus ou moins graves de la circulation. On ne pouvait invoquer ni cardiopathie, ni tabagisme, ni alcoolisme. Le jeune T... ne fumait pas en cachette et ignorait les pratiques de l'onanisme. Au surplus, d'autres symptômes d'une recherche un peu minutieuse me confirmèrent dans mon idée. Depuis sa chute, T..., qui était antérieurement un bon élève, se faisait punir. Il n'était plus attentif, apprenait mal ses leçons, ne pouvait suivre longtemps le professeur dans ses explications. Il passait au rang d'élève médiocre. Son sommeil n'était plus paisible comme avant. Il rêvait de cafards, de voleurs, se débattait, et cela régulièrement toutes les nuits. Les modifications dans les fonctions cérébrales se produisirent de suite après la chute, et mon explication fut comme un trait de lumière pour les parents qui ne comprenaient rien aux changements survenus dans la santé de leur enfant. Au reste, le caractère n'avait pas subi de grande altération ; en dehors des moments de souffrance, il était assez gai et jouait volontiers.

Ces phénomènes qui suivirent immédiatement la chute étaient l'indice de modifications légères, quoique réelles, apportées par celle-ci dans les fonctions cérébrales. Les phénomènes secondaires, dyspnée, palpitations, crises à forme angineuse, devaient par là même être rapportés à la même cause. Il n'est pas jusqu'au torticolis que je ne rattacherais encore aux troubles hystériformes. Les muscles du cou étaient le siège de douleurs spontanées comme la paroi pectorale le fut plus tard.

Au surplus, l'évolution de la maladie justifia pleinement cette manière de voir. Le traitement consista en lotions froides générales le matin, en l'application d'un drap mouillé le soir et en pulvérisations d'éther sur la région précordiale. Très rapidement les crises pseudo-angineuses ont disparu, les douleurs spontanées et la dyspnée ont cédé au bout de quelques jours. J'eus beaucoup de peine à revoir le jeune T... qui ne se plaignait plus. Au bout d'un mois l'hyperesthésie n'existait plus aux membres et à la tête, mais occupait encore le cou et le tronc. Six mois après il en restait des ves-

tiges. Le sommeil a mis quelques semaines à reprendre ses caractères antérieurs.

Le seul changement persistant encore actuellement, c'est une légère diminution de la mémoire et une certaine difficulté d'attention, mais beaucoup moins marquée que dans les premiers temps qui suivirent la chute.

Le second enfant qui s'est présenté à mon observation, presque en même temps que le premier, a une histoire plus simple.

L..., âgé de 12 ans 1/2, se portant bien jusque-là, sans antécédents nerveux ni accidents convulsifs dans l'enfance; a fait le 28 novembre 1892 un chute sur la tête. Il a glissé, est tombé de sa hauteur et le côté droit du front a porté lourdement sur le sol. Il n'a pas eu d'étourdissement, s'est relevé de suite et a été un peu « ahuri ». Il n'a rien senti jusqu'à la nuit. Dans la nuit du 28 au 29, il a ressenti une céphalée assez intense, occupant la région frontale, continue, accompagnée de battements. Cette céphalée a duré plusieurs jours. Le lendemain il fut obligé de garder la chambre. Il a eu une heure après son déjeuner un vomissement renfermant tout ce qu'il avait mangé. Ce vomissement se fit tout d'un coup, sans être précédé de nausées.

Le 1er décembre, il présentait, outre sa céphalée, une hyperesthésie profonde portant sur les muscles, os, articulations du côté droit du corps, sans troubles de la sensibilité cutanée; la vision était bonne, les réflexes rotuliens égaux des deux côtés. On constatait une anesthésie du pharynx et une hyperexcitabilité faradique des muscles à droite. L'hyperesthésie profonde quoique diffuse était prédominante du côté de la tête, dans la région des douleurs spontanées. Je ne pus à ce moment obtenir de renseignements ni sur le sommeil de l'enfant, ni sur ses études.

Je revis l'enfant le 18, et je constatai d'une part une augmentation de l'hyperesthésie profonde du côté droit, d'autre part l'apparition d'une hyperesthésie des téguments du même côté, l'exagération du réflexe rotulien à droite; enfin on me rapporta que depuis la chute le malade avait des cauchemars : il rêvait qu'il se battait, qu'on l'attaquait, qu'il voyait des voleurs. Ce rêve constant dans sa forme s'est produit tous les jours depuis le 1er décembre, et à peu

près à la même heure, vers quatre ou cinq heures du matin. Jamais il n'y avait eu, antérieurement à la chute, rien de semblable.

De plus, la mémoire qui était très bonne a considérablement diminué. L'enfant ne retenait plus ses leçons. L'attention est devenue difficile. Au bout de quelques minutes, la céphalée, qui avait disparu vers le 5, reprend, pour cesser après quelques minutes de repos. Cette céphalée ne rappelle guère la sensation de vide cérébral qu'on trouve si souvent chez les neurasthéniques. Il semble qu'il y ait de l'hyperexcitabilité de l'ouïe. L'enfant n'aime plus le bruit, il se bouche les oreilles quand ses camarades poussent des cris. Il est agacé rien qu'à entendre réciter les lecons.

J'ai suivi près d'un an le malade qui est le sujet de cette observation. Bien qu'en apparence il n'offre rien d'anormal, il convient qu'il est moins zélé pour le travail, sa mémoire n'a pas la vigueur d'autrefois, il a toujours des traces d'hyperesthésie du côté droit, reprend sous l'influence de la moindre fatigue sa céphalée. Son caractère est resté gai, l'état général est bon. Il rêvasse souvent et a parfois son cauchemar qui revient.

Dans le cas précédent, l'étiologie est plus facile à établir que dans le premier. Les symptômes se sont montrés rapidement après la commotion produite par la chute. Cependant ni l'enfant, ni sa famille n'ont pensé à la signaler. Ce n'est que sur ma demande qu'on me parla de cet accident.

Sauf les troubles circulatoires, l'observation de L... rappelle assez exactement celle de T... : modifications du sommeil, de la mémoire, de l'attention, succédant immédiatement à une chute sur la tête, fatigue cérébrale facile, inaptitude au travail, hyperesthésie sensorielle, développement d'une hémihyperesthésie profonde et superficielle du côté droit du corps, céphalées à répétition, durée relativement longue de ces symptômes, coïncidant avec une intégrité parfaite de l'état général; telles sont les manifestations multiples que nous retrouvons à quelques nuances près dans les deux observations. Dans la seconde, les phénomènes de neurasthénie proprement dits ont été plus intenses que dans la première, où cependant un examen attentif parvenait à les déceler.

Quoi qu'il en soit, je crois devoir attirer l'attention sinon sur les dangers, du moins sur les inconvénients que peuvent présenter chez les enfants les chutes sur la tête, lors même que le traumatisme n'a pas été violent. C'est une notion qui n'est guère admise, car malgré des recherches assez nombreuses je n'en ai pas trouvé d'exemples chez les auteurs. On parle à propos de l'hystérie chez les enfants du traumatisme, mais comme cause banale. Il existe une opinion très rationnelle qui considère la chute chez l'enfant comme une chose physiologique. Il est évident que les fractures du col fémoral ne se voient pas dans le premier âge. Il n'en est pas moins vrai que la chute sur la tête sans commotion proprement dite, sans lésion des tissus, peut retentir sur les centres nerveux en état de développement et produire des phénomènes qui rappellent de loin ceux de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Ces phénomènes peuvent même revêtir une forme alarmante, comme dans notre première observation.

La valeur de l'hémihyperesthésie profonde comme signe diagnostique ressort de la lecture de cette note. C'est ce trouble de la sensibilité qui m'a permis d'apprécier la nature exacte de phénomènes morbides qui avaient revêtu une singulière physionomie.

L'évolution de la maladie, dans les faits que je rapporte, confirme l'opinion que j'ai déjà exprimée antérieurement, que l'hémihyperesthésie appartient aux formes atténuées et transitoires de l'hystérie. Je rappelle aussi que la chute sur la tête, chez l'enfant, accident vraisemblablement fréquent, devra compter au nombre des facteurs étiologiques qui ont leur place marquée dans les interrogatoires.

ÉNORME DISTENSION VÉSICALE PAR FIBROME UTÉRIN; ABLATION DE CELUI-CI; DISPOSITION PARTICULIÈRE DE LA VESSIE AYANT GÊNÉ CONSIDÉRABLEMENT CETTE OPÉRATION; GUÉRISON;

Par R. Condamin,
Professeur agrégé à la Faculté.

Nous venons d'opérer pour un fibrome volumineux de l'utérus une malade présentant une disposition particulière

de la vessie qui aurait pu empêcher de terminer l'opération. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, porteur depuis cinq ou six ans d'un volumineux fibrome utérin qui amenait chez elle des accidents de rétention urinaire.

Depuis cette époque, la malade urinait mal, souvent même n'avait que des mictions par regorgement. Aussi la vessie ainsi chroniquement distendue avait-elle acquis des dimensi ns insolites. Elle remontait à l'état habituel jusqu'à l'ombilic, et à première vue en imposait-elle pour un kyste de l'ovaire ; mais ce qui fut plus curieux, c'est la constatation que nous fîmes au cours de la laparotomie pratiquée sur cette femme. La vessie, dont les parois étaient extrêmement épaisses, remontait jusqu'à l'ombilic et restait à ce niveau, même après évacuation complète de l'urine. Elle était maintenue à ce niveau par deux replis transversaux du péritoine qui affectaient par rapport à la vessie la disposition des ligaments larges par rapport à l'utérus. Aussi ces replis maintenaient-ils la vessie à une hauteur qui empêchaient d'aborder la partie pelvienne de la tumeur fibreuse que nous voulions enlever.

Nous eûmes quelques instants d'hésitation après lesquels nous prîmes le parti suivant : après nous être assuré que les replis péritonéaux dont nous venons de parler ne renfermaient pas de vaisseaux trop volumineux, nous en fîmes la section de haut en bas en procédant simultanément à une hémostase soigneuse. Ceci fait nous pûmes faire descendre la vessie dans le cul-de-sac antérieur de l'utérus, et aborder la partie pelvienne des fibromes.

Nous avons craint que la vessie ainsi privée des vaisseaux qui lui arrivaient par les parties latérale grâce à ces deux replis péritonéaux, ne se sphacèle, mais il n'en a rien été et la malade est actuellement en pleine voie de guérison avec un pédicule externe en train de se détacher (1).

Voici du reste cette observation dans laquelle nous n'avons pas craint de transcrire les hésitations que nous avons eues en face d'une disposition tout à fait anormale de la vessie.

(1) Aujourd'hui 15 novembre 1893, la malade est complètement guérie, et la plaie abdominale par laquelle passait le pédicule externe est cicatrisée.

OBSERVATION. — *Énorme distension vésicale causée par un fibrome utérin; rétention chronique d'urine; ablation du fibrome par laparotomie; complication opératoire causée par le volume de la vessie; guérison.*

La femme L..., âgée de 44 ans, entre à la Charité, salle Sainte-Marie le 4 septembre 1893, service du prof. Laróyenne.

Réglée à 12 ans très régulièrement. Vers l'âge de 16 ans, la malade a commencé à souffrir de l'estomac; elle digérait mal, dégoût profond pour la nourriture; bref, sa santé, bonne jusque là, a commencé à péricliter.

Abus du café à cette époque. La malade ne se sentant soulagée que quand elle en avait pris de grandes quantités.

Mariée à 27 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausses couches.

Il y a quatre ans elle a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre. Elle vit son abdomen augmenter de volume et parfois elle présentait de la rétention d'urine. Pendant ces périodes de rétention, elle n'urinait que quelques gouttes à la fois, par regorgement. Ces crises de rétention s'accompagnaient de douleurs assez vives et duraient une quinzaine de jours, pendant lequels le ventre devenait saillant sur la ligne médiane.

Puis ces douleurs disparurent pendant un laps de temps assez considérable pendant lequel elle urina convenablement. Elles firent de nouveau leur apparition il y a deux ans, se montrant par crises durant en moyenne quinze jours.

Pas de pertes entre les règles. Constipation très opiniâtre pendant les crises.

A son entrée à la Charité, le ventre est fortement distendu sur la ligne médiane, jusqu'à l'appendice xiphoïde. On trouve superficiellement à la pression une grande poche kystique très fluctuante que l'on prend d'abord pour un kyste de l'ovaire, d'autant plus qu'après l'avoir sondé et donné issue à un litre d'urine, le jet d'urine s'arrête.

Depuis on s'est rendu compte en enfonçant plus profondément la sonde, que toute la cavité médiane kystique est la vessie, et que celle-ci contient au moins trois litres de liquide.

Avant d'être cathétérisée complètement, la malade ne pouvait rester au lit dans la position horizontale, car elle était prise d'accès de suffocation.

Quand la vessie est évacuée, on sent par le palper abdominale une tumeur dure et lisse, située un peu à droite de la ligne médiane, remontant jusqu'à l'ombilic et occupant surtout le flanc droit. Cette tumeur est mobile autour d'un axe passant à peu près au centre du détroit supérieur.

Par le toucher vaginal on sent que le vagin est tout entier rempli par une tumeur de même consistance que la précédente. Elle occupe, ou plutôt est enclavée dans le cul-de-sac postérieur. Elle refoule en avant l'utérus que l'on sent fibromateux jusque dans son col. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent à celle du petit bassin. L'orifice externe du col est senti difficilement. Un peu d'albumine dans les urines.

Les jambes de la malade sont légèrement œdématiées.

En face de ces accidents de rétention ou de compression, on propose à la malade une intervention radicale qui est acceptée.

9 septembre. Anesthésie par l'éther après cathétérisme de la vessie, qui donne issue à deux litres au moins d'urine. La malade est opérée sur le lit de Trendelenburg. Laparotomie. Incision commençant au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au pubis. On tombe immédiatement sur la vessie dont les parois très épaisses se maintiennent jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette disposition est due à ce fait qu'il existe de chaque côté de la vessie un repli péritonéal qui lui aussi remonte à peu près jusqu'à l'ombilic. Au-dessus de celui-ci on trouve la parti supérieure du fibrome.

Après quelques instants d'hésitation, M. Condamin se décide pour pouvoir aborder la partie pelvienne du fibrome à sectionner de chaque côté de la vessie le repli péritonéal dont on fait l'hémostase immédiatement. La vessie se trouvant libre de chaque côté, on arrive alors à désenclaver le fibrome de la cavité pelvienne. On obtient ainsi un peu de place et l'on peut refouler partiellement la vessie dans la cavité pelvienne anté-utérine. On constate que tout l'utérus est fibromateux, et l'on se décide en face du volume du pé-

dicule à fixer celui-ci par des broches et un lien élastique, et en somme à faire un pédicule externe.

M. Condamin suture alors le péritoine, tout le long de l'incision supérieure et à la paroi postérieure du pédicule utérin. Ainsi se trouve fermée la grande cavité péritonéale. Une mèche de gaze iodoformée est placée entre la vessie et le pédicule à cause d'une légère hémorrhagie en nappe.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le rétablissement des fonctions intestinales eut lieu dans les quarante-huit heures sous l'influence d'un léger purgatif. On craignit tout d'abord une coudure des uretères sous l'influence de la traction un peu vive que l'on dut exercer pour amener le pédicule au dehors; mais quelques heures après l'opération on trouva une certaine quantité d'urine dans la vessie, ce qui rassura immédiatement sur ce point.

Les jours qui suivirent l'opération, les mictions étaient un peu fréquentes, mais huit jours après tout était rentré dans l'ordre, et actuellement la malade se trouve complètement soulagée et en voie de guérison complète.

15 octobre 1893. Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Sa plaie abdominale s'est rapidement fermée dès que le moignon du pédicule externe a été éliminé.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. Malgré la gravité des interventions radicales pour volumineux fibromes, il y avait dans le cas qui nous occupe une indication opératoire absolue : la rétention d'urine, rétention durant plusieurs années et ayant déjà probablement retenti sur les voies urinaires supérieures, puisque la malade présentait un peu d'albumine et voyait son état général devenir précaire. Mais ce que cette observation présente de plus intéressant, c'est la disposition particulière de la vessie et des replis péritonéaux qui la maintenait à la hauteur de l'ombilic, comme les ligaments larges maintiennent l'utérus à la hauteur du détroit supérieur. Il n'y avait que deux partis à prendre : ou bien procéder comme nous l'avons fait en sectionnant les deux replis vésicaux anormaux et pratiquer l'ablation du fibrome dont la partie pelvienne était nécessitée sans cette première section, ou bien se contenter de désenclaver la partie pelvienne du fibrome,

ce qui évidemment aurait moins exposé immédiatement la malade, mais lui aurait fait courir les risques d'une récidive, si de nouveau la tumeur par son poids était retombée dans le cul-de-sac de Douglas et s'y était de nouveau enclavée. C'est ce qui nous a décidé à prendre le premier parti.

Cette observation nous montre aussi que si le pédicule externe offre quelques inconvénients et surtout nécessite un temps beaucoup plus long pour arriver à une guérison complète, il est bien plus sûr que le pédicule interne, surtout quand le volume de celui-ci est un peu considérable et que l'intervention a été un peu laborieuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 6 novembre 1893. — Présidence de M. Arloing.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Carry, qui pose sa candidature comme membre titulaire de la Société, et envoie à l'appui un travail intitulé : *Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon ; étude sur la blennorrhagie de la femme.* M. Aubert est chargé de faire un rapport sur ce mémoire.

GUÉRISON RADICALE DES HERNIES MÊME CHEZ LES VIEILLARDS. — MÉTHODE A LAMBEAU FIBRO PÉRIOSTIQUE SANS OUVERTURE DU PÉRITOINE.

M. Poullet s'exprime en ces termes :

Depuis assez longtemps on pratique exceptionnellement certaines opérations chez les sujets encore jeunes pour obtenir la cure radicale d'une hernie. Les nombreux procédés donnant quelque résultat comportent tous l'ouverture du péritoine, la dissection du sac et son excision ; de là certains dangers et une gravité telle que ces opérations ne sont pas tentées chez les personnes âgées de plus de 40 ans.

En présentant ces six malades à la Société, j'ai pour but de vulgariser et de faire entrer dans la pratique courante une opération extra-péritonéale assez bénigne pour être pratiquée même chez les vieillards et assez efficace pour que le bandage soit immédiatement et définitivement quitté par les opérés.

En 1883, P. Segond, dans sa thèse d'agrégation sur la

cure radicale de la hernie, appréciant les méthodes modernes, même depuis l'antisepsie, arrivait à ces conclusions décourageantes :

« Quant à la valeur précise des opérations modernes, l'analyse des faits nous permet de conclure que toutes les méthodes peuvent tuer et qu'aucune ne met sûrement à l'abri des récidives. »

Segond n'admet les interventions opératoires que pour combattre les complications herniaires : incoercibilité, irréductibilité, étranglement, etc.

Il dit formellement : « Dans les hernies réductibles et coercibles toute opération sanglante doit être sévèrement proscrite. Depuis 1883, quelques chirurgiens, surtout Lucas Championnière à Paris et Maurice Pollosson à Lyon opèrent volontiers les sujets affectés de hernie simples. Mais ces opérations sont pratiquées la cavité péritonéale étant ouverte ; et Lucas Championnière dit avoir eu à déplorer trois cas de mort. »

Voici ce qu'il dit de l'opération qu'il pratique : « Il ne faut pas oublier que la cure radicale de la hernie doit être une opération complexe, difficile et qui pourrait devenir dangereuse sans certaines précautions. Elle ne me paraît pouvoir être pratiquée couramment que par un chirurgien rompu à la chirurgie abdominale. Le seul détail des fils mal préparés peut convertir une opération bénigne en un désastre. Ce n'est pas, comme disait un maître, *de la chirurgie pour tout le monde*, je suis tout à fait de cet avis. »

Relativement à l'âge où l'on doit opérer les malades, il dit : « En principe on ne devrait faire l'opération que chez les jeunes sujets. Avant 40 ans l'opération se présente dans les conditions les plus favorables ; après 40 ans le danger de l'opération croît notablement, à moins que le sujet soit particulièrement vigoureux. »

Telle est la doctrine admise aujourd'hui par tous les chirurgiens.

Pour les malades que je présente à la Société et d'autres que je n'ai pu réunir, en tout aujourd'hui vingt opérations, je me suis inspiré de principes non seulement différents, mais même opposés à ceux qui ont été suivis jusqu'ici :

1° A aucun moment de l'opération la cavité péritonéale ne doit être ouverte.

2° L'orifice externe du canal doit être solidement obturé par des matériaux empruntés au tissu fibro-périostique qui adhère solidement à la face externe du pubis.

3° Il ne doit rester après quelques jours dans cet orifice obturé aucun fil ni corps étranger aux tissus de l'organisme.

4° Ma méthode guérit la hernie crurale aussi bien que la hernie inguinale, même chez le vieillard ayant encore assez de vitalité pour supporter une opération nécessitant une semaine de séjour au lit.

5° Enfin, chez aucun de mes vingt opérés je n'ai conseillé un seul moment le port d'un bandage.

Voici dans ses grandes lignes la technique de mon opération :

Premier temps. Incision verticale des téguments longue de 7 centimètres, passant sur l'épine du pubis. Dénuder le collet du sac et de l'orifice externe du canal. Si c'est une hernie inguinale chez l'homme, on sépare le collet du sac d'avec le canal déférent et ses vaisseaux. La hernie étant réduite, on passe un fil de catgut autour du collet du sac et on l'étreint.

La cavité péritonéale ainsi séparée du sac, on peut inciser celui-ci et vérifier qu'aucune portion de l'intestin n'a été serrée dans l'anse de catgut. Si on le juge utile, on peut couper le collet du sac entre des ligatures. Même enlever le sac comme la plupart des chirurgiens le conseillent; je ne l'ai pas fait pour la série de malades que je présente, et je viens de le faire pour un malade qui avait une volumineuse hernie épiploïque adhérente.

Quand la hernie est petite, je me borne à réduire la hernie et le sac intact sans y avoir mis aucune ligature.

Ces diverses façons de se comporter vis-à-vis du sac sont accessoires, elles ne changent rien aux points essentiels de ma méthode.

Deuxième temps. Dissection et séparation à la rugine d'un lambeau fibro-périostique situé en éventail au-dessous de l'épine du pubis sur la face antérieure de cet os. On laisse à ce lambeau un prolongement aponévrotique nacré qui fait partie de l'insertion du premier adducteur.

Ce lambeau et son prolongement tendineux doivent avoir une étendue en rapport, dans chaque cas particulier, avec l'étendue de l'orifice à obturer. La rugine détache même l'épine pubienne qui reste à la face profonde du lambeau On relève celui-ci en haut pour la hernie inguinale, en dehors pour la hernie crurale, et l'on passe la partie libre de ce lambeau à travers le rebord fibreux de l'orifice de la hernie, comme on le ferait avec l'extrémité d'une courroie ou comme l'on ferme un portefeuille.

Troisième temps. Pour fixer le tout je passe des fils métalliques dont les chefs sortent à travers la peau, car tous ces fils seront retirés le huitième jour. On suture enfin les téguments.

J'ai montré cette technique à divers chirurgiens en opérant devant eux. Le professeur Ollier, le professeur Delore, les professeurs A. Reverdin et Vulliet (de Genève), m'ont fait l'honneur d'assister à des opérations, ainsi que les docteurs Bassompierre, Laguaite, Rafin. J'ai regretté que le professeur Poncet et le docteur Vallas invités à l'une de ces opérations aient été empêchés au dernier moment d'y assister. J'ai opéré l'un de mes malades à Toulon dans le service du docteur Carence avec l'aide des docteurs Daspres et Bouisson ; assistaient à cette opération : professeur Vulliet (de Genève), docteur Medwedeff, chirurgien en chef du croiseur russe *Amiral-Nachimoff*, et docteur Novicoff, second médecin du même navire.

Que le docteur Carence et l'Administration de l'Hôpital civil de Toulon veuillent bien recevoir mes remercîments pour la bienveillance qu'ils ont mise à recevoir mon malade et me permettre cette démonstration opératoire.

Dans cette première publication je n'ai voulu que faire connaître ces vingt opérations en montrant les résultats immédiats qu'elles donnent ; j'espère que le temps confirmera plus tard la valeur de cette méthode. Je termine en insistant sur ces deux seules considérations : Je n'ai conseillé à aucun de mes malades de porter un bandage, et ayant toujours opéré hors de toute communication avec la cavité péritonéale, mes malades n'ont couru aucun danger de péritonite.

M. Maurice Pollosson. Je tiens à bien établir que la cure radicale des hernies, se pratique souvent, *journellement*, à l'Hôtel-Dieu de Lyon,

dans tous les services. Pour ma part, je l'ai exécutée des centaines de fois. Cette affirmation n'étonnera personne, quand j'aurai rappelé que, depuis l'application du procédé de Daniel Mollière à la kélotomie, toute opération de hernie étranglée est suivie des manœuvres de la cure radicale. Mais, en dehors de l'étranglement, l'opération de la cure radicale est passée dans les mœurs de la clientèle hospitalière : tel qui a vu un de ses camarades guéri de son infirmité, vient réclamer l'intervention.

Je ne crois pas que le procédé indiqué par M. Poullet soit nouveau dans ses traits essentiels, à savoir la non ouverture du sac et l'emprunt d'un bouchon organique à la cuisse ou au périoste du pubis. Je crois qu'un chirurgien aussi rompu à l'antisepsie que l'est M. Poullet reviendra à l'ouverture et à la fermeture du sac. Ce que je reproche à son procédé, c'est encore de ne boucher que l'orifice externe du trajet inguinal, alors que le *desideratum* est précisément de rétrécir tout le trajet, et même de supprimer l'*amorce*. Il y aura certainement des récidives de ce fait, et nous demandons à voir les résultats dans quelques mois ou quelques années.

Pour ma part, j'ai souvent réalisé le rétrécissement de tout le trajet et de l'orifice profond par le procédé suivant : Je dégage le bord inférieur du trajet jusqu'à l'anneau profond, et je suture (ce qui est souvent possible) le pilier supéro-interne de l'anneau superficiel au pilier inféro-externe de l'anneau profond ; puis je double cette cloison en lui fixant par quelques points de suture interstitiels au catgut le pilier inféro-externe de l'anneau superficiel.

Dans des cas où la hernie s'accompagnait d'une véritable éventration, j'ai réalisé la cure radicale de la hernie inguinale par un procédé analogue à celui qui a été conseillé par M. Condamin pour la hernie ombilicale. J'ai reprisé, après excision, toute la paroi abdominale au moyen de trois plans de suture, l'un péritonéal, le second musculo-aponévrotique, le troisième superficiel.

J'ai eu aussi souvent recours au procédé actuel de Lucas-Championnière, et auparavant à la simple fermeture de l'orifice péritonéal après dissection du sac.

J'attends quelques années pour donner mes résultats.

M. Ollier déclare qu'assistant à l'une des opérations de M. Poullet, il s'est également demandé pourquoi on conservait le sac. Il considère qu'il faut rétrécir, détruire, si c'est possible, le sac pour qu'il ne reste ni infundibulum, ni amorce.

La valeur du procédé de M. Poullet ne pourra être jugé que dans quelque temps. A priori on peut croire que l'obturation ne sera pas suffisante.

Quant à l'idée de se servir du périoste des os, ou même d'os décalcifiés, elle n'est pas nouvelle. Cela a déjà été fait.

M. Poullet réplique en quelques mots qu'il ignorait qu'on eût déjà songé à se servir du périoste. Quant à son procédé, il le croit bon, l'obturation doit être suffisante et on fait une opération extra-péritonéale. Le procédé est également applicable aux hernies inguinale et crurale.

M. Ollier déclare en tous cas qu'il trouve le procédé moins bon pour les hernies crurales.

Le Secrétaire-adjoint, G. Roque.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances d'octobre 1893.— Présidence de M. Cordier.

KYSTE HYDATIQUE DU CERVEAU.

M. Siraud, interne des hôpitaux, rapporte l'histoire pathologique d'un malade mort dans le service de M. Mouisset. Voici l'observation résumée :

Homme de 60 ans, dans les anamnestiques duquel on relève une otite suppurée. A son entrée à l'hôpital, signes d'hémiplégie incomplète ; au bout de sept jours, état comateux durant 48 heures, puis amélioration persistant un mois, enfin mort brusque ces jours derniers.

A l'autopsie, adhérences de l'hémisphère droit aux méninges : le lobe temporo-occipital du même côté présente une cavité ovoïde, kystique, contenant 80 grammes de pus verdâtre, de consistance huileuse. Rien dans les autres viscères.

M. Mouisset fait remarquer la singularité du tableau clinique de ce malade : L'hémiplégie a été variable, incomplète, il y a eu du coma, mais pas d'ictus apoplectique; la température, prise régulièrement, n'a jamais fourni un tracé qui pût faire penser à la formation d'un abcès. Comme le malade avait parlé d'otite, ses oreilles ont été examinées avec le plus grand soin et l'examen fut toujours négatif. M. Mouisset pense qu'il s'agit là d'un kyste hydatique unique, sans homologue dans les autres viscères. Malheureusement la sanction microscopique fait défaut. M. le docteur Drivon a fait plusieurs préparations, soit avec du pus provenant de l'intérieur de la poche, soit avec des débris de la paroi kystique enlevés par râclage, et dans aucun cas il n'a pu découvrir les crochets caractéristiques. M. Mouisset lui-même n'a pas été plus heureux.

DIABÈTE PANCRÉATIQUE EXPÉRIMENTAL.

M. Lépine rappelle que les auteurs allemands et M. Hedon soutiennent que l'ablation du pancréas chez le chien est *toujours* suivie de diabète, tandis que les expérimentateurs italiens admettent qu'il y a des exceptions. Sur 120 extirpations complètes du pancréas que M. Lépine a faites en l'espace de quatre ans, il a vu trois fois manquer le diabète;

mais les animaux en expérience n'ayant pas été suivis assez longtemps, il ne peut rien conclure de ces trois cas. Récemment M. Lépine ayant eu l'idée que l'absence du diabète pouvait tenir à un mauvais état de nutrition de l'animal, a fait jeûner un chien pendant huit jours et lui a enlevé le pancréas après ces huit jours d'inanition.

L'animal a survécu 36 heures, c'est-à-dire un temps bien suffisant pour la production du diabète, s'il avait dû apparaître; or il n'y a pas eu trace de sucre dans l'urine. Cette expérience prouve que l'ablation du pancréas, s'il n'y a pas une quantité suffisante de glycogène dans le foie, n'amène pas le diabète. Ainsi est trouvée la raison du dissentiment existant entre les expérimentateurs allemands et italiens.

L'un des secrétaires annuels, P. Lacour.

REVUE DES LIVRES

Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par le docteur Cl. Martin, médecin-dentiste de l'École du service de Santé militaire, lauréat de l'Institut. Un vol. 93 pages Paris, Masson, 1893.

Dans différentes publications antérieures, M. le docteur Martin avait exposé les remarquables résultats obtenus par ses procédés de prothèse appliquée aux résections du maxillaire inférieur.

L'auteur de ces ingénieuses méthodes avait annoncé que le but essentiel qu'il se proposait était la conservation de la forme et le rétablissement de la fonction ; aujourd'hui, grâce à de nombreuses observations remontant à huit, dix et quinze ans, il nous démontre qu'il y a eu chez ses opérés, longuement et minutieusement suivis, persistance des bons effets de la prothèse : le problème est donc résolu.

Les derniers travaux de chirurgie portant sur la restauration de la face indiquent que les auteurs ont tous, sauf quelques restrictions, accepté la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur. Toutefois M. Martin réfute une à une les objections qui ont été faites à sa méthode et n'a aucune peine à combattre les arguments théoriques qui lui ont été opposés. Contrairement à ce qu'a avancé

un chirurgien allemand, les appareils en caoutchouc vulcanisé n'occasionnent aucune gêne au malade, s'ils ont les dimensions voulues pour remplacer la partie réséquée lorsqu'ils sont devenus amovibles. Par leur contact avec des tissus suspects ils ne déterminent aucune irritation et ne peuvent provoquer la récidive. Ces faits reposent sur des observations très probantes.

L'auteur consacre un chapitre très intéressant aux résultats tardifs de la prothèse au point de vue de l'esthétique. On pourra se rendre compte par les figures intercalées dans le mémoire, que la physionomie n'a rien de choquant et que souvent à première vue il serait absolument impossible de soupçonner qu'une portion du maxillaire est artificielle.

Les résultats fonctionnels de la prothèse font l'objet d'une étude approfondie. Les fonctions de la mastication, de la déglutition et de la phonation sont évidemment liées à la présence de l'appareil, car elles sont troublées complètement dès que la pièce prothétique est enlevée.

M. Martin a eu souvent l'occasion d'intervenir chez des enfants ; chez eux, aussi bien que chez l'adulte, les effets obtenus ont été très satisfaisants, mais il faut avoir le soin de modifier souvent ou de changer leur appareil. Dans ces cas, en effet, la croissance du maxillaire, l'éruption des dents changent constamment les conditions de fixité et de stabilité des appareils, permettant ainsi à une rétraction cicatricielle partielle de s'effectuer, si la pièce de rechange n'est pas promptement placée. Il faut donc avant tout, par la prothèse, s'opposer aux déformations dès le début, et encore après, car la rétraction des parties molles, alors même qu'elles ne sont plus cicatricielles, est toujours là pour guetter la moindre négligence et profiter de la faute la plus légère.

En résumé, M. Martin démontre d'une façon indiscutable :

1° Que les résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire sont bien supérieurs encore à ceux que l'on observe au début de l'intervention, et que la mastication, la phonation vont en s'améliorant à mesure que l'on s'éloigne du moment où la première pièce a été posée;

2° Que lorsque l'ablation d'un néoplasme du maxillaire

inférieur est complète, on peut faire sans crainte une prothèse immédiate, car celle-ci ne favorisera pas la récidive si les limites du mal ont été dépassées;

3° Que le caoutchouc est la substance qui réunit toutes les qualités nécessaires pour la prothèse en question. Il n'irrite pas les tissus, il est facile à désinfecter et il n'est pas trop lourd, ce qui permet d'employer des pièces volumineuses.

Cet intéressant mémoire est accompagné de 30 planches, et le lecteur y trouvera la photographie très suggestive de plusieurs malades avant et après l'intervention prothétique.

Au total, c'est un travail qui fait le plus grand honneur à son auteur; il est digne des précédents dont plusieurs déjà, nos lecteurs s'en souviennent, avaient obtenu de hautes récompenses bien méritées. É. R.

REVUE DES JOURNAUX

Formules pour l'emploi du phosphate de soude, par C. Paul. — Comme l'a conseillé jadis Trousseau, j'ai substitué depuis six ou sept ans le phosphate au sulfate de soude, et je ne puis que m'en féliciter. Voici les deux mélanges prescrits couramment dans mon service :

Potion purgative :

Phosphate de soude	25	gr.
Eau distillée	200	—
Sirop de sucre	60	—
Alcoolature de citrons	XX	gouttes.

Limonade purgative légèrement gazéifiée :

Phosphate de soude	25	gr.
Eau distillée	250	—
Sirop de sucre	60	—
Alcoolature de citrons	XXV	gout.
Acide citrique	2	gr.
Bicarbonate de soude	2	—

Au bout de deux heures au plus, une première garde-robe, suivie à distance de deux ou trois autres, se produit. C'est une action sûre, commode et même agréable, car cette limonade se boit facilement. (*Bull. méd.*, 12 nov. 1892.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

L'HÔPITAL HASSÉKI A CONSTANTINOPLE.

CONSTRUCTIONS. — AMÉNAGEMENTS. — HYGIÈNE. — PROPHYLAXIE.

Par M. Jean ARTAUD, interne des hôpitaux.

Les nombreux hôpitaux qui se trouvent à Constantinople n'offrent pas de caractère original et ne présentent rien de particulièrement intéressant. Les différents hospices élevés et entretenus par les grandes puissances européennes, les hôpitaux grecs et arméniens, les asiles particuliers, tous de construction ancienne, ne diffèrent guère des établissements hospitaliers d'Occident, qui ont servi de modèle. Ce sont de lourds monuments aux vastes salles, où l'on accumule le plus grand nombre de malades possible.

Parmi ces établissements, seul, l'hôpital Hasséki, entièrement ottoman, depuis l'architecte qui en dessina les plans, jusqu'au plus infime de ses employés, a été construit d'après les indications fournies par les plus célèbres hygiénistes. De tels hôpitaux étant assez rares, il m'a paru intéressant et utile de donner une description toute spéciale de cet hospice, qui répond minutieusement aux données les plus complètes de l'hygiène, et à ses prescriptions les plus rigoureuses (1).

L'hôpital Hasséki, un des établissements hospitaliers les plus anciens de Constantinople, a subi ces dernières années d'importantes et nombreuses transformations. Entièrement démoli il y a deux ans et demi par les soins de S. Exc. Redwan-Pacha, préfet de Constantinople, l'antique bâtisse de bois a été remplacée, sur le désir de ce fonctionnaire, par une construction entièrement basée sur les données les plus récentes de la science. L'exécution des plans et la surveillance des travaux furent confiées à un architecte grec, sujet ottoman, M. Campanaki, diplômé de l'École d'Athènes. Cet architecte, guidé dans ses recherches par S. Exc. Redwan-Pacha, a fort intelligemment uni l'agréable à l'utile dans

(1) Je tiens à remercier tout particulièrement S. Exc. Fayck-Pacha, professeur à la Faculté impériale de médecine et de pharmacie, qui m'a facilité la visite de l'hôpital Hasséki, et procuré de précieux renseignements relatifs à cet hospice.

la réalisation de ses projets, et a su édifier un établissement modèle réunissant les conditions de confort et d'hygiène les plus parfaites.

Situé au fond de la ville turque de Stamboul, l'hôpital Hasséki est assez près de la côte pour que la brise de mer y entretienne constamment une fraîcheur salutaire. Et quelle différence avec nos hospices occidentaux !

L'énorme monument à l'architecture imposante, avec ses immenses salles tout encombrées, est remplacé par d'élégants et confortables pavillons où une vingtaine de malades seulement, répartis en plusieurs salles, trouvent la plus complète hygiène physique et morale. Plus de hautes et noires murailles limitant des cours étroites, sombres, où ne circule qu'un air chargé de germes et d'odeurs fétides, dont l'aspect sévère ajoute encore aux tristesses de la maladie.

Au lieu de tout cela, de vastes pelouses aux allées bien sablées, semées de gais massifs de roses, de géraniums, ombragées par des bosquets touffus. Là les malades trouvent une température fraîche, agréable et une atmosphère favorable à leur convalescence.

*
* *

Les services hospitalier, administratif et accessoires occupent une série d'édifices distincts, répartis dans le parc et largement séparés les uns des autres.

Le corps de bâtiment le plus important par ses dimensions, situé au bord de la route, et visité en premier lieu, est exclusivement réservé aux services annexes et administratifs. Au rez-de-chaussée se trouve la salle de réception des malades comprenant le strict mobilier nécessaire à un examen rapide, et facile à désinfecter. Un vestibule où des infirmiers et des porteurs se tiennent en permanence, précède ce cabinet et sert de salle d'attente. Plus loin sont les bureaux de l'administration, de l'économat, de la direction. Enfin, la pharmacie, dirigée par un pharmacien-chef et quelques aides, occupe une vaste et belle salle à laquelle sont attenant le dépôt des médicaments et un laboratoire de chimie très complètement installé.

Le premier étage est occupé par les appartements du personnel administratif et médical de l'hospice, les cabinets des chefs de service, et un salon de réception où l'on offre au

visiteur étranger la cigarette traditionnelle et le café oriental. Ces appartements s'ouvrent sur un large corridor renfermant les bibliothèques et l'arsenal chirurgical et obstétrical. Il suffit d'un coup d'œil pour voir que les ouvrages de médecine appartiennent presque tous à la littérature française, et qu'ils forment une collection complète et très pratique. Quant à l'arsenal, il est fort soigneusement classé dans des vitrines, et les instruments, bien entretenus, reposent sur des rayons de verre, présentant les modèles les plus perfectionnés.

*
* *

C'est en quittant ce bâtiment que l'on visite les pavillons affectés aux malades. Ces petites constructions, avec leur toit incliné, leur peinture grise et blanche, leurs hautes fenêtres et leur perron, donnent plutôt l'idée des chalets de plaisance ou des villas des bords de la mer.

Tous sont bâtis sur des piliers, à une hauteur du sol d'environ soixante centimètres : le plancher se trouve ainsi complètement isolé de terre, par conséquent à l'abri de toute humidité. La construction est presque entièrement en bois, la maçonnerie, sauf les piliers, y est rare. Quelle que soit la forme des pavillons, en croix ou en parallélogramme, l'aménagement intérieur, le nombre des malades est le même pour tous.

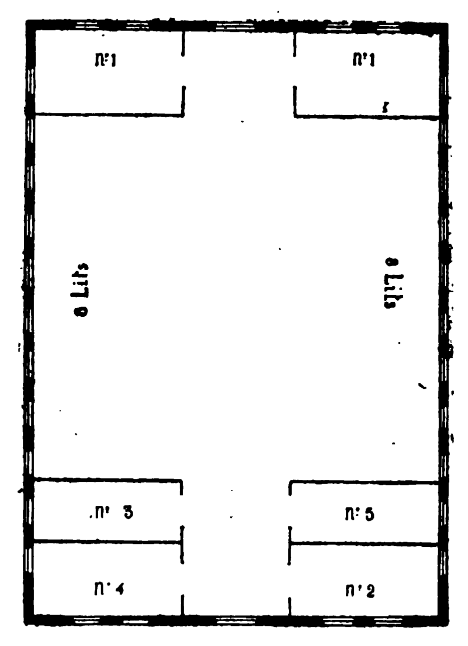
I. *Pavillons en forme de parallélogramme* (fig. 1).— Leur longueur est d'environ vingt mètres sur une largeur de huit. On y accède par un vestibule où s'ouvrent : à droite, une chambre pour l'infirmière de service, et un cabinet de toilette avec lavabo ; à gauche des lieux d'aisance munis d'une soupape automatique avec l'eau courante, et une salle de bain.

Au fond et symétriquement, autre vestibule, prenant jour par une large et haute fenêtre et donnant accès à deux chambres d'isolement. Chacune de ces chambres contient deux lits. On peut ainsi placer en observation un cas douteux d'affection contagieuse, ou isoler les malades dont l'état nécessite un repos plus complet et ceux dont l'agitation et le délire troubleraient la tranquillité de leurs voisins.

Les murs aux angles arrondis, le plafond élevé et sans corniche sont passés à un vernis vert clair. Le plancher re-

couvert d'une toile cirée est fréquemment lavé avec des liquides antiseptiques.

Seize grandes fenêtres, occupant toute la hauteur des parois, permettent avec la porte d'entrée et l'ouverture du fond de renouveler complètement, en quelques minutes, l'aération de l'intérieur.

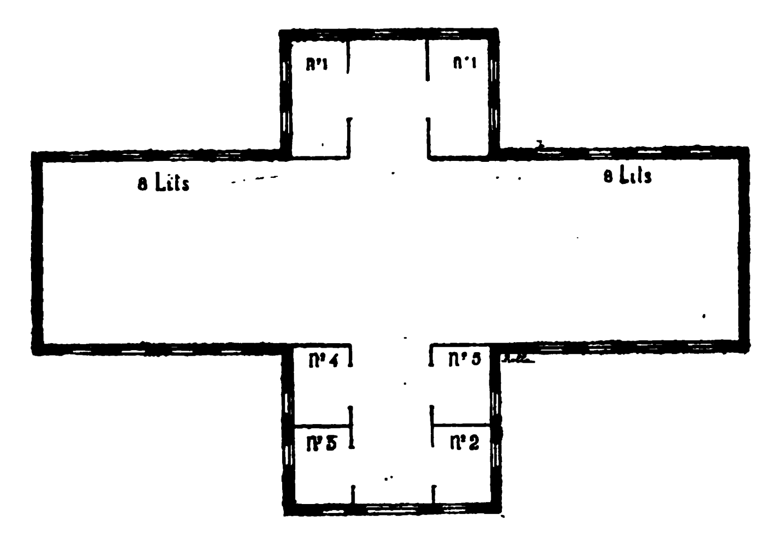


N° 1. — Cabinet d'isolement.
N° 2. — Cabinet d'infirmière.
N° 3. — Wat.-clos.
N° 4. — Salle de bains.
N° 5. — Lavabo.

La salle contient dix-huit lits, y compris ceux des chambres d'isolement, placés sur deux rangées et séparés les uns des autres par une distance d'un mètre cinquante. A la tête de chaque lit est une petite table très légère, en bois verni, pour les potions, le crachoir, etc.... Une sonnerie électrique, communiquant avec la chambre de l'infirmière, est placée à portée des malades tous les deux lits. Ils peuvent ainsi appeler à toute heure du jour ou de la nuit sans s'exposer au froid ni réveiller les autres.

Des lampes à gaz éclairent les différentes parties de ces pavillons ; le chauffage se fait avec des appareils à vapeur analogues à ceux des amphithéâtres de la Faculté de médecine.

II. — *Pavillon en forme de croix* (fig. 2). — Comme je l'ai déjà dit, l'aménagement intérieur est le même que dans les autres, ainsi que l'aération, le système de construction. Les malades en nombre égal sont placés dans la partie qui forme les bras de la croix, c'est là toute la différence.



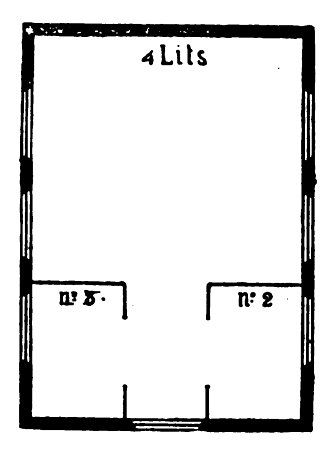
III. — *Pavillons d'isolement* (fig. 3). — En plus de ces deux variétés de chalets, destinés aux diverses affections médicales et chirurgicales, il existe encore quatre petits pavillons d'isolement uniquement réservés aux maladies contagieuses : variole, scarlatine, diphtérie, érysipèle, etc.

Très séparés des autres, chacun de ces pavillons ne contient que quatre lits. Quatre hautes et larges fenêtres y apportent l'air et la lumière. De chaque côté du vestibule d'entrée on a, à droite, la chambre de l'infirmière, à gauche les lieux d'aisance. Ici pas de salle de bains ni de lavabo. La construction, très légère, en bois, le système d'isolement du sol sont comme dans les autres pavillons.

Ainsi construits, les pavillons de l'hôpital Hasséki paraissent réaliser le type parfait de l'hospitalisation que réclame l'hygiène moderne. Pas d'humidité par suite de l'exhausse-

ment sur pilotis ; large et libre circulation de l'air par les nombreuses ouvertures ; asepsie des salles rendue facile par l'arrondissement des angles, le vernis des parois et du plafond qui subissent de fréquents lavages antiseptiques. Les lieux d'aisance, grâce à des appareils perfectionnés et à l'eau courante, ne donnent aucune odeur et sont d'une propreté parfaite (1). La salle de bain et le lavabo provoquent les malades à la toilette hygiénique quotidienne.

Enfin, de sa chambre située à l'entrée, l'infirmière peut exercer une surveillance rigoureuse et se porter rapidement, grâce à la sonnerie électrique, auprès de la malade qui réclame ses soins.



Actuellement, douze pavillons sont complètement installés et reçoivent des affections médicales et chirurgicales. Les tuberculeuses seules sont réunies dans les mêmes bâtiments ; les autres maladies sont confondues comme dans les autres hôpitaux. Deux pavillons sont réservés aux affections ophtalmiques.

L'intention de S. Exc. Redwan-Pacha est d'agrandir encore notablement le parc et d'élever deux nouveaux pavillons. A ce moment 260 malades pourront recevoir des soins dans l'hôpital Hasséki, sans compter les femmes en couches et le service de gynécologie.

Avant de quitter ce côté de l'hôpital Hasséki, il faut en-

(1) Ils aboutissent à des fosses cimentées, particulières à chaque pavillon, vidées fréquemment, et désinfectées par du sulfate de fer.

core signaler les bâtiments destinés aux services accessoires.

La blanchisserie occupe une vaste construction munie d'appareils nombreux, chaudières, séchoirs, etc., à laquelle sont annexés un dortoir et un réfectoire pour les blanchisseuses. Près de là s'élève le bâtiment où vêtements, matelas, draps, linge, etc., subissent à la sortie de chaque malade, une série de désinfections minutieuses dans les étuves les plus perfectionnées. On procède en ce moment à une installation complète de bains turcs, et à l'établissement d'une vaste salle d'hydrothérapie qui occuperont un pavillon distinct.

Enfin, les cuisines sont dans un bâtiment spécial, où sur quatre énormes fourneaux, des cuisiniers préparent pour les malades une nourriture soignée, propre, abondante et variée.

*
* *

Le service chirurgical occupe, de l'autre côté de la grande route qui sépare les constructions, un vaste bâtiment complètement isolé des précédents. La partie centrale, surmontée d'un dôme vitré, renferme la salle d'opération, les ailes latérales comprennent trois salles : une maternité (15 lits) ; un service de gynécologie (15 lits) ; une infirmerie divisée en deux sections. Dans l'une, on garde en observation pendant quelques jours les opérés récents, avant de les renvoyer dans leurs pavillons. On place dans l'autre les malades sur le point d'être opérés, et on les prépare à subir antiseptiquement l'intervention.

Je ne m'étendrai pas sur l'installation de ces salles qui ne présente pas de différence avec celle des pavillons.

La salle d'opération, en forme de rotonde, reçoit un jour excellent par un large ciel ouvert et des parois vitrées. Le revêtement intérieur, en stuck, est recouvert à hauteur d'homme d'épaisses plaques de verre ; les portes sont nickelées. A part deux ou trois rayons de verre supportant les solutions antiseptiques et le lit d'opération étroit, avec des coussins élastiques pouvant se remplir d'eau chaude, la salle est entièrement nue.

Les étuves destinées à la stérilisation des instruments et des pièces à pansement, les boîtes métalliques contenant les substances antiseptiques sont dans un pansement précédant la salle d'opérations.

Avant et après chaque intervention la salle est entièrement lavée ; les instruments soigneusement désinfectés la veille dans les étuves, sont remis au chirurgien seulement au moment même de l'opération.

*
* *

L'hôpital Hasséki ne reçoit que des femmes ; les soins et les médicaments y sont donnés gratuitement. Bien que le nombre des malades soit relativement restreint, les affections médicales et chirurgicales, ainsi que plusieurs spécialités, occupent les divers papillons.

En plus des cliniques médicale (docteur Férid-bey) et chirurgicale (docteur Refet-bey), il y a un service d'obstétrique et de gynécologie (docteur Ahmet-Noureddis-Effendi), d'ophtalmologie (colonel Adjemin-bey), des affections du larynx et du nez (colonel Chefik-bey), et une salle particulière pour les phtisiques (docteur Kemaledin Effendi.) Tous les services et leur chef sont sous la surveillance d'un médecin chef, actuellement Fayck-bey, qui remplit en même temps les fonctions de mudir ou économe. Tous les jours, à l'exception du médecin chef et des deux colonels spécialistes, un médecin reste en permanence 24 heures à l'hôpital, remplissant les fonctions d'interne de garde.

Le personnel médico-chirurgical est turc, et tous sont diplômés de la Faculté impériale de médecine de Constantinople. Toutefois plusieurs, surtout les spécialistes, ont complété leurs études dans les Universités de France, d'Allemagne ou d'Autriche. Le service des malades est confié à des infirmières, tout le reste est fait par des hommes.

On va sans doute penser que la construction et l'entretien d'un semblable hôpital reviennent à un prix très élevé : erreur. Sans l'affirmer avec certitude, je crois néanmoins, d'après des documents autorisés, quoique approximatifs, pouvoir dire, sans crainte d'être démenti, que 300,000 francs seront à peine dépensés une fois tout terminé. Cette somme, ainsi que les 7,000 livres turques (environ 170,000 francs) données chaque année pour l'entretien des malades et de l'hospice, sont fournies par la préfecture de Constantinople, dont relève directement l'hôpital.

Tel est l'hôpital Hasséki, qui mériterait bien justement d'être appelé « hôpital-modèle », titre que les Ottomans, toujours

modestes, n'ont point osé lui donner. Il serait à désirer que de semblables établissements s'élèvent nombreux aux environs des grandes villes. Le prix relativement modéré de ces constructions, les avantages incontestables qu'en retireraient les malades et la salubrité publique, semblent devoir les imposer de plus en plus aux administrations hospitalières de notre pays. Heureux si, en arrêtant le lecteur aux arides détails de cette description exclusivement documentaire, je pouvais espérer susciter des exemples à mon modèle.

VARIÉTÉS

RENTRÉE DES FACULTÉS DE LYON. — La séance solennelle de rentrée des Facultés de Lyon a eu lieu le 3 novembre 1893 au milieu de l'affluence habituelle. Après un intéressant rapport de M. le Recteur sur la situation de nos Facultés, M. le professeur Ollier a prononcé le discours d'usage. L'orateur a tracé un tableau magistral de la chirurgie d'il y a cent ans et de la chirurgie moderne en faisant ressortir d'une façon toute spéciale l'heureuse influence de l'anesthésie et de l'antisepsie sur les progrès de la chirurgie.

Les doyens ont ensuite donné lecture des prix et récompenses obtenus par les étudiants des Facultés.

En ce qui concerne la Faculté de médecine, nous avons donné les noms des lauréats des prix de fin d'année (au mois d'août). Voici ceux des élèves dont les thèses ont été récompensées.

PRIX DES THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE 1891-1892.

A) *Médecine.*

Médailles d'argent : MM. Besson, Bonan, de Bovis, Forgeot.

Médailles de bronze : MM. Dor, Fabre, Grandjean, Pécheux, Vallet, Lefort, Duchesneau.

Mentions honorables : MM. Berier, Berthet, Chapotot, Darricarrère, Durand, Job, Tillier, Tostivint, Visbecq.

B) *Pharmacie.*

Médaille d'argent : MM. Biétrix, Métroz.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (séance du 13 novembre). — Après un rapport sur la candidature de M. Carry, rapport dont les conclusions favorables sont adoptées, M. Aubert fait une communication sur la *constatation de l'induration des chancres avec un seul doigt*. Ce procédé rend des services dans les régions où l'exploration bidigitale du chancre est impossible ou difficile chez la femme, en particulier au niveau de l'anneau vulvo-vaginal, de la fourchette et de la fosse naviculaire.

Ordre du jour de la séance du 20 novembre :

M. Ollier : Luxations anciennes du coude : réintégration et résection.
M. Lépine : Sur la syphilis cérébrale.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 15 novembre 1893). M. Vallas présente une malade à laquelle il a pratiqué une résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour un ostéo-sarcome, et chez laquelle M. Cl. Martin a fait l'application de sa méthode de prothèse immédiate. Le résultat est des plus satisfaisants.

— M. Hassler présente un jeune soldat dont le sein gauche offre le volume de celui d'une fille pubère, et qui accuse un point douloureux (sein irritable) avec de petits ganglions axillaires. S'agit-il d'une mastite chronique partielle, ou bien d'un néoplasme ?

— M. Louis Dor met sous les yeux de la Société un hygroma prérotulien d'un volume énorme, extirpé à un frère de l'École chrétienne. Cet hygroma n'est pas rare chez les personnes âgées, surtout chez les religieux et les religieuses.

— M. Regaud, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques relatives à un cas d'hémorrhagie bulbo-protubérantielle avec irruption dans le 4e ventricule ; existaient en outre des hémorrhagies dans les reins. Le cœur était plus gros qu'à l'ordinaire et les organes viscéraux frappés de polystéatose.

— M. Couette termine la lecture de son mémoire sur l'action et l'indication de la température en hydrothérapie. (*Sera publié dans le prochain numéro.*)

A propos du personnel médical de Lyon. — Dans nos remarques sur la liste officielle des médecins établis à Lyon, nous avons attribué à l'insouciance ou à l'indifférence de nos confrères les nombreuses omissions qu'elle contenait. Nous étions dans l'erreur en ce qui concerne plusieurs d'entre eux, entre autres M. le professeur Lacassagne dont le diplôme a été dûment enregistré, et cependant son nom ne figure pas sur la liste publiée par l'Administration préfectorale. Dont acte.

D'autre part, à la demande du Secrétaire général du Syndicat des médecins du Rhône, nous reproduisons un extrait de son rapport visant cette question de l'enregistrement des diplômes.

« .....Une première question a occupé votre Syndicat, celle de l'*enregistrement des diplômes*. La loi, vous le savez, nous oblige dans le délai d'un mois après la fixation de notre domicile à présenter notre diplôme au greffe du Tribunal et à la Préfecture. Or, cette formalité n'est point toujours accomplie : la plupart du temps par négligence et insouciance, quelquefois *par crainte que cette pièce importante ne s'égare dans les bureaux sans espoir de retour*, les employés refusant d'en délivrer récépissé.

« Cette perspective peu agréable (car la délivrance d'un nouveau diplôme ne s'obtient pas sans de grandes difficultés) ne sera plus désormais à redouter. Notre Président (M. Fochier) a fait à la Préfecture une démarche personnelle, et il a été décidé que le nouveau docteur pourrait *exiger un récépissé*, soit même *emporter son diplôme après l'apposition*

d'un visa et de la griffe du secrétaire général, formalités qui n'exigeront point plus d'une dizaine de minutes.

« La conséquence sera, nous l'espérons, l'exécution par les nouveaux docteurs de la prescription légale, et par suite une statistique plus vraie des membres de notre corporation. » (*Lyon Médical*, tome 56, p. 480.)

DIPLÔMES CONFÉRÉS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

Docteurs en médecine.	88
Officiers de santé....................	8
Pharmaciens de 1re classe.............	20
— de 2e classe.............	17
Sages-femmes de 1re classe............	36
Herboristes de 1re classe	2
— de 2e classe	1
	172

RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE D'ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES ANIMAUX. — D'un jugement récent de la Cour d'appel de Nimes, il résulte que le propriétaire d'un animal ayant causé un accident doit répondre de tout le dommage causé par l'accident et non pas seulement des suites directes de celui-ci. Ainsi, bien qu'il ne soit pas prouvé qu'une personne mordue par un chien enragé soit atteinte de la rage proprement dite, mais seulement d'hystérie rabiforme, la responsabilité du propriétaire de l'animal n'en existe pas moins.

Dans le cas qui a motivé ce jugement, il s'agissait d'un sieur G... qui, ayant été mordu par le chien d'un sieur J..., apprit que ce chien était enragé. Il se fit soigner à l'Institut Pasteur; mais ayant ressenti plus tard des troubles nerveux, il assigna le sieur J... devant le tribunal civil.

Après enquête, contre-enquête, rapports d'expert (Grasset, Jaume, Estor et Vigouroux, de Montpellier) qui conclurent à de l'hystérie rabiforme, tout en réservant le pronostic pour l'avenir, la cour de Nimes, sur appel du défendeur, a alloué au demandeur 11.000 fr. de dommages-intérêts et condamné le défendeur aux dépens, avec des considérants dont nous avons résumé le sens.

BACILLE-VIRGULE DANS L'EAU. — Le professeur Rubner, à Berlin (le successeur de Koch), et le docteur Dunbar, à Hambourg (un élève de Koch), ont découvert simultanément, l'un à Berlin, l'autre à Hambourg, un organisme ayant tous les caractères d'une virgule cholérique. Or, à l'époque où on trouvait cet organisme dans l'eau, il n'y avait pas de choléra ni dans l'une ni dans l'autre ville. Ce vibrio a été récemment retrouvé par Dunbar dans de l'eau filtrée, sans que les personnes qui l'ont bue aient contracté le choléra. Il résulte de ces observations aujourd'hui assez nombreuses que, s'il n'y a pas de choléra sans virgules, il y a souvent des virgules sans choléra. (*Münch. med. Woch.*, 3 oct.).

LA CRÉMATION AUX ÉTATS-UNIS. — La crémation continue à faire de grands progrès aux États-Unis. Il y a actuellement 32 sociétés de crémation en pleine activité et 15 fours crématoires. Depuis ces cinq dernières années, il y a eu plus de 2.000 incinérations.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Novembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITE en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
5	745	0 m	741	12 s	+12.5	3 s	+ 3.0	5 m	97	86	0.0	1.0	18
6	744	12 s	741	3 m	+14.7	12 m	+ 8.7	2 m	100	82	2.9	0 2	22
7	745	11 m	743	12 s	+ 7.1	2 s	+ 4.8	8 m	85	67	0.9	1.0	20
8	742	0 m	741	11 s	+ 4.2	3 s	+ 0.2	9 m	70	57	0.1	2.1	20
9	742	8 s	741	6 m	+ 5.5	2 s	+ 1.7	8 m	69	66	0.0	3.1	25
10	7..		7..		+		+						12
11	7..		7..		+		+						28

Maladies régnantes. — Nous constatons pendant la 45e semaine de 1893 un léger accroissement des décès, 145 au lieu de 131 survenus la semaine précédente et 146 pour la période correspondante de 1892.

Les maladies aiguës des organes de la respiration (bronchites, fluxions de poitrine) augmentent et l'on observe des exacerbations chez les phymiques et les cardiaques.

Des grippes en certaine proportion et des manifestations rhumatismales.

Les apoplexies et les congestions cérébrales sont plus fréquentes; toujours autant de méningites aiguës.

La diphtérie encore présente a occasionné cette semaine 6 décès. De nouveaux cas de fièvre typhoïde sont signalés.

Les autres maladies infectieuses sont rares, surtout les fièvres éruptives. Quelques coqueluches.

Sur les 145 décès hebdomadaires (98 en ville, 47 dans les hôpitaux civils), 37 ont été constatés chez des vieillards ayant plus de 70 ans et 13 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 11 novembre 1893, on a constaté 145 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	5	Affections du cœur.	12
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	7	— des reins....	9
Rougeole..........	0	Pneumonie........	5	— cancéreuses.	7
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	8
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	25	Débilité congénitale	2
Diphtérie-croup...	6	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	2
Coqueluche........	2	Méningite aiguë ...	4	Aut. causes de décès	18
Affect. puerpérales	1	Mal.cérébro-spinales	20		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	5	Naissances.......	181
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2 a.)	0	Mort-nés	11
Bronchite aiguë...	2	Cirrhose du foie....	1	Décès	145

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

ACTION ET INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE ;

Par M. le docteur COUETTE.

Je rappellerai tout d'abord, parce que c'est un peu la raison d'être et la cause première de ma communication actuelle, que dans un précédent travail (1) j'avais étudié en détail l'*Action thermique des applications thérapeutiques*. Par une série méthodique d'expériences personnelles, j'étais arrivé à certains résultats, d'où je déduisais certaines conclusions physiologico-thérapeutiques, que je ne rappellerai pas ici, mais qui étaient alors, je crois pouvoir le dire, tout à fait inédits.

Non pas certes que j'émette la prétention d'avoir découvert que le résultat final, au point de vue thermique, d'une application froide est l'*hypothermie*; mais si chacun pensait bien (quand on prenait la peine d'y songer), si chaque expérimentateur démontrait facilement que l'eau froide soustrait, que l'eau chaude cède du calorique à l'organisme, les phases et les détails du phénomène n'étaient pas fixés le moins du monde. On s'en occupait peu, d'ailleurs; et les volumineux traités, comme les simples mémoires isolés, ou bien n'en parlaient pas, ou bien effleuraient le sujet en passant, sans même l'effeuiller : la chose était d'un évidence si enfantine, qu'on n'y attachait nulle importance, qu'on n'en voulait tirer aucune conclusion. Je crois même que le mot *action thermique* n'avait pas encore été employé.

Eh bien ! cette question dont personne ne parlait, il me semble qu'on en parle trop aujourd'hui, du moins dans le monde spécial des médecins hydropathes. Elle paraît vraiment y avoir fait trop de chemin, puisque certains vont jusqu'à faire jouer à l'*action thermique* un rôle prépondérant, exclusif : c'est un abus déplorable, contre lequel je tenais à venir protester, en tant surtout que promoteur principal de

(1) Étude expérimentale sur l'action thermique de l'eau froide en applications hydrothérapiques. In *Lyon Médical*, 1886.

la notion d'*action thermique*, subissant les charges de cette paternité.

C'est ainsi que, dernièrement, recevant l'aimable visite d'un très distingué confrère de la Suisse centrale, je l'entendais avec étonnement me parler à tout propos de l'*action thermique*; j'avoue même avoir eu un petit chatouillement d'amour-propre, mais très court, car ma pointe de vanité recevait une douche sédative en apprenant que c'était là le résultat, non pas de la lecture du *Lyon Médical*, mais de l'enseignement de Winternitz. Je me consolai en pensant que Winternitz semblait avoir fortement infléchi son enseignement du côté de l'*action thermique*, et que j'avais, en tous cas, l'honneur d'être là dessus en communion d'idées avec le célèbre professeur viennois.

Mais c'est surtout mon sympathique et distingué confrère de Divonne, le docteur Bottey, que je vais être obligé de viser dans le cours de ce travail : qu'il me pardonne des critiques purement hydrothérapiques, car elles n'enlèvent rien à l'estime personnelle.

Je possède du docteur Bottey diverses brochures postérieures à mon mémoire ; dans toute il y a une profusion incroyable des mots *action thermique*, *réaction thermique*, *hypothermie*, etc. La notion d'*action thermique* imprègne chaque page de ces brochures, et chaque phrase prouve qu'elle occupe le premier rang dans l'esprit de l'auteur.

Cette surabondance d'expressions thermiques n'a par elle-même, et en théorie, qu'une minime importance; il n'en est pas de même des conclusions pratiques que le docteur Bottey croit pouvoir en tirer. Dans un mémoire de 1892 (1), où mon confrère étudie et apprécie les diverses formes d'applications hydrothérapiques, il semble vraiment que l'action hypothermisante soit le critérium de l'efficacité d'une douche. A chaque page revient cette idée, et l'on trouve, basées là-dessus, des choses étonnantes dont je ne veux retenir et citer que deux :

Page 11, on lit : « La douche fraîche, à 18°-20°, ne provoquant pas, à durée égale, la même hypothermie dans

(1) Bottey : Hydrothérapie et neurasthénie. Extrait de la *Revue d'hygiène thérapeutique*, 1892.

l'organisme ne présente *absolument aucun intérêt pratique* et doit être *rayée de l'arsenal hydrothérapique.* » L'ostracisme est dur pour cette malheureuse eau fraîche, et l'on ne s'étonne pas si, quelques lignes plus loin, la douche tempérée n'est pas mieux jugée : « Quant à l'abaissement de la chaleur animale produit par cette douche (28°-30°), il est pour ainsi dire nul.... *Pour ces raisons*, ce procédé doit être également *banni de la thérapeutique hydriatique.* »

Ces citations, qu'on pourrait multiplier, qui n'ont rien de tronqué et ne déparent nullement le sens général du mémoire, montrent dans quelle exagération est tombé le docteur Bottey.

Ses expériences personnelles confirment d'ailleurs en grande partie mes propres résultats. Une première discordance portait sur l'action des frictions sur la descente de la température centrale : elle a disparu, car, en 1888, une annotation à la page 33 d'un mémoire sur l'*action et la réaction en hydrothérapie*, reconnaissait loyalement que l'opinion défendue en 1886 était erronée. Nous divergeons également sur le fait de l'ascension initiale de la température centrale, que j'ai *toujours* observée, et que le docteur Bottey n'a rencontrée que 16 *fois sur* 34 *expériences*. Il en conclut simplement que les choses se passent tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, et ajoute : « Il n'est pas exact de prétendre, comme le fait le docteur Couette dans un travail très consciencieux sur l'action thermique, que la température subit toujours une oscillation d'abord et rapidement ascendante. » Cette affirmation négative repose sur une pétition de principe, car une seule chose est prouvée ici, c'est que l'un de nous se trompe. Est-ce moi, avec des résultats toujours concordants, ou le docteur Bottey avec 16 oui ballottés par 18 non, sans que nous sachions bien pourquoi.

A priori, on doit admettre qu'il existe une loi ou des lois régissant les oscillations thermiques sous l'influence de l'eau froide. Ces lois ne peuvent faillir par hasard, par simple caprice de leur part, mais seulement quand des conditions expérimentales les mettent en opposition avec d'autres lois qui les infirment ou les annulent.

Ce sont ces conditions expérimentales accidentelles qu'il eût fallu chercher, car elles existent incontestablement; et

l'esprit se refuse à admettre que, toutes choses égales d'ailleurs, dans des expériences analogues, il puisse y avoir tantôt élévation, tantôt abaissement de la température centrale. Mais peut-être cela tient-il simplement à ce fait que le docteur Bottey note la température 5' seulement après la douche : dans ces conditions, je comprends le résultat constaté, car j'ai montré que si l'ascension thermique initiale est constante, elle est aussi de très courte durée.

D'ailleurs le docteur Bottey reconnaît implicitement, un peu plus loin, que je ne me suis pas trompé, puisqu'il adopte la courbe thermique que j'ai publiée dans le *Lyon Médical*, et qui comporte cette ascension initiale. Il est vrai que mon confrère la fait sienne en y adaptant deux appellations qui, pour moi, prouvent simplemeut qu'il en a méconnu la signification, et qu'il a confondu la courbe de la température *centrale* avec celle, toute différente, de la température *totale*.

Il appelle ce qui est au-dessus de la ligne normale *action thermogène*, et ce qui est au-dessous *action frigorigène*. Or j'ai démontré, et je répète ici, que l'ascension thermique *centrale* n'est pas plus le fait d'une thermogénèse initiale, que l'hypothermie celle d'une psychrogénèse finale. Bien plus, je montrerai plus loin que c'est tout l'inverse, qu'il y a hypothermie *totale* tout d'abord, puis thermogénèse réparatrice.

Mon explication physiologique du phénomène est tellement juste qu'elle m'a depuis permis de comprendre, de prévoir même nombre de détails expérimentaux, observés par d'autres, comme l'action des frictions, de l'exercice musculaire, de la température extérieure sur la descente thermique. Je maintiens donc mes conclusions.

J'avais à cœur également de vous dire que ma pensée avait été mal interprétée dans une œuvre magistrale, aujourd'hui classique, et dont s'honore l'école lyonnaise, le magnifique *Traité de thérapeutique* de M. le professeur Soulier. S'il m'était permis, au milieu des remerciements que je ne saurais trop prier l'auteur de vouloir bien agréer, pour avoir, au chapitre *Hydrothérapie*, inséré de si nombreux et si bienveillants emprunts à mon mémoire, dont il reproduit les principales conclusions, s'il m'était permis, dis-je, de glisser un tout petit reproche, ce serait d'avoir écrit

quelque part que « pour M. Couette, l'hydrothérapie froide « est essentiellement une cure par le froid (psychrothérapie) ».

Mais non, ce n'est pas pour moi essentiellement une cure par le froid; sans doute, cela agit par le froid, mais c'est avant tout une cure par l'hygiène.

Et, par Hygiène, je n'entends pas ici cet ensemble de petits moyens, de petites précautions, de préceptes banals qui, pour le public, constituent habituellement l'hygiène individuelle, l'hygiène à la portée de toutes les intelligences et dont le résultat final est si souvent inverse de celui qu'on espérait.

Pour moi, l'Hygiène est bien plutôt l'ensemble des méthodes préventives ou curatives qui mettent en jeu, successivement ou à la fois, chacune des fonctions de l'organisme, pour ramener physiologiquement à la normale celles qui s'en écartent, fortifier celles qui faiblissent, diriger et soutenir celles qui tendent à se dévoyer, sans, pour cela, introduire dans l'organisme, comme disait Peter, « aucun médicament, j'allais dire poison! »

Sous ce rapport, l'hydrothérapie froide est vraiment la méthode par excellence, et cela, non pas parce qu'elle hypothermise, mais bien parce qu'elle excite, perturbe, fortifie toutes les fonctions.

Le titre seul de mon mémoire a pu me faire attribuer cette opinion qu'hydrothérapie = psychrothérapie, et je reconnais que le contenu, fidèle au titre, ne parlait guère que de l'*action thermique*.

Pourtant, si j'avais ainsi volontairement choisi et limité mon sujet, c'est que j'estimais que, dans le champ broussailleux et à peine défriché de la physiologie hydriatique, l'*action thermique*, par sa nature physico-physiologique, prêtait tout spécialement à des recherches expérimentales, lesquelles serviraient de base solide à l'étude ultérieure des autres modes d'action de l'hydrothérapie; c'est aussi parce que, dès 1849, le professeur Richet écrivait: « Quelle est « la température de la partie soumise au froid? Chose sin- « gulière, jusqu'à présent personne n'a songé à la recher- cher! » Et cette réflexion était restée vraie, malgré Fleury, malgré Delmas, malgré nombre d'autres expérimentateurs.

En limitant mon sujet à l'étude de l'*action thermique* je n'avais donc voulu rien préjuger sur l'ensemble de la physiologie hydrothérapique, ni surtout faire supposer que l'action thermique était l'action prépondérante, exclusive de l'hydrothérapie ; je m'empresse même de déclarer que, pour moi, l'action sur les fonctions cardio-pulmonaires, nutritives, et surtout d'innervation, est bien plus importante.

Mais je passe, convaincu qu'aucun médecin, pas même le docteur Bottey, ne songe à mettre en pratique cette boutade qu'il faut « rayer de l'arsenal hydriatique », les douches qui n'hypothermisent pas assez, ou que celles qui hypothermisent le plus sont les meilleures !

Non, la température de l'eau n'est pas l'unique facteur de l'hydrothérapie, et tous les organismes n'aspirent pas, pour s'améliorer, à des soustractions répétées de calorique ; à preuve que l'eau froide aggrave parfois des accidents qui seront guéris par l'eau tempérée ; à preuve aussi que la facilité et la rapidité d'une guérison sont sans proportion avec l'hypothermie produite.

Toutes les températures peuvent être utilisées en hydrothérapie : il n'y qu'a savoir s'en servir à propos. Si l'eau froide devient habituellement la grande favorite des médecins hydropathes, au point de leur faire presque oublier ses sœurs plus modestes et moins hypothermisantes, les eaux tiède et chaude, cela tient à son action plus nette, à ses indications beaucoup plus fréquentes. Peut-être aussi l'abus des prescriptions, *par simple pusillanimité du malade ou du médecin*, de ces eaux tiède et chaude amène-t-il chez le médecin spécialiste, par une propension toute humaine, une réaction en faveur de l'eau froide, cette chimérique terreur des gens qui ont toujours peur de « *prendre froid* ».

Il faut bien reconnaître, en effet, que si certains disent : « Hors de l'eau froide, pas de salut ! » d'autres tombent dans l'excès contraire, et prescrivent trop souvent, avec une certaine indifférence la température de l'eau à employer, presque avec autant d'indifférence qu'une cure thermale de complaisance. J'ignore si la substitution d'une station thermale à une autre présente de graves inconvénients ; ce que je sais bien, c'est que les eaux froide, tiède et chaude ont

une action physiologique, des indications thérapeutiques distinctes, parfois opposées, et qu'il y a toujours inconvénient à ne pas tenir compte de ces différences.

C'est pourquoi j'ai cru bon de venir exposer ici *l'action et les indications de la température de l'eau*, en faisant abstraction, qu'on veuille bien ne pas l'oublier, des autres facteurs de l'hydrothérapie : durée, pression, forme des applications.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE.

On a journellement l'occasion dans les établissements spéciaux de constater quelle étrange idée on se fait habituellement dans le monde de l'action de l'hydrothérapie. Il semble que l'eau, agent unique de la méthode, jouisse de propriétés fondamentales, toujours les mêmes ; que celles-ci peuvent varier dans de certaines limites, *en quantité mais non en qualité*, sous l'influence des conditions accessoires de l'application, spécialement de la thermalité, mais sans qu'il y ait jamais distinction tranchée dans le mode d'action et les résultats thérapeutiques. D'où il suit que le mot hydrothérapie, sans adjectif modificateur du substantif, veut tout dire, et que l'expression *prendre des douches* sans acception de thermalité, est devenue synonyme de *suivre un traitement tonique* et *fortifiant pour les nerfs*, selon l'expression consacrée. Comme corollaire, le choix de la température à employer n'est plus qu'une question de posologie ; et l'on voit des malades, bien décidés à faire de l'hydrothérapie tonique, réclamer dans ce but de l'eau tiède ou chaude, au moins pour débuter, comme d'autres, très sensibles aux remèdes, réclament de faibles doses médicamenteuses.

La sensation, relativement pénible, produite par l'eau froide est pour quelque chose dans ces idées : on croit si volontiers ce qu'on désire vivement ! Mais ce qui contribue surtout à les enraciner, ce sont les prétendus dangers inhérents à la méthode, dangers qui seraient proportionnels à l'action, c'est-à-dire à la froideur de l'eau.

Partant de là on se représente l'eau froide comme éminemment tonique, perturbatrice et efficace ; mais cette action

presque brutale ferait toujours courir aux malades plus ou moins de dangers, et elle devrait pour cela être réservée aux robustes, aux *risque-tout* et aux acclimatés.

Avec l'eau tiède, on irait certes moins vite vers la guérison ; mais son action plus douce la ferait préférer aux délicats et aux prudents, qui préféreraient aller moins vite pour arriver sans encombre, et se résigneraient à l'avance à compenser son peu d'efficacité par une prolongation de traitement.

Quant à l'eau chaude, elle aurait le minimum d'action tonique ; elle serait un diminutif de l'eau tiède, comme celle-ci était un succédané de l'eau froide ; mais elle aurait l'avantage de n'offrir absolument aucun danger à ses adeptes, et conviendrait par suite aux débiles, aux hyperexcitables, en un mot à tous ceux qui, fabriquant peu de calorique, sont sous la menace perpétuelle du *prendre froid.*

Le plus vulgaire bon sens, la plus élémentaire observation de chaque jour devraient pourtant montrer que tout cela est erroné, on pourrait même dire l'inverse de la vérité. Est-il donc besoin, en effet, d'être grand clerc pour s'apercevoir journellement que les effets locaux et généraux des applications froides, tièdes et chaudes sont tout différents ? Faut-il par suite être grand logicien pour ne pas admettre que les résultats thérapeutiques puissent avoir de l'analogie ? Et pourtant qui de nous n'a eu maintes fois l'occasion de reconnaître ces idées dans la confidence des appréhensions individuelles ou familiales à l'égard de l'eau froide !

Il n'y aurait pas grand mal, si ce n'étaient là que des erreurs théoriques ; mais, en pratique, de telles idées, d'autant mieux enracinées qu'elles ont été sucées avec le lait, pour ainsi dire, nuisent énormément à un traitement rationnel, quand elles ne le rendent pas impossible.

Sans parler, en effet, de la lenteur curative bien compréhensible des applications tièdes ou chaudes, quand l'eau froide est franchement indiquée, il faut bien savoir que les applications thermales, plus que les froides, prédisposent à certains petits malaises ou accidents pendant la réaction ; ceux-ci font dire *qu'on a pris froid*, et ajouter aux débutants : « *Que serait-ce si c'eût été de l'eau froide !* » Eh bien ! je dois répondre qu'avec l'eau froide il ne se serait probable-

ment rien produit, en vertu de cet axiome hydrothérapique, paradoxal en apparence, et trop souvent méconnu, que : *Après l'eau froide on a chaud, après l'eau chaude on tend à avoir froid.*

Ces incidents réactionnels, d'ailleurs sans importance, ne laissent pas d'inquiéter les malades et leur entourage ; joints aux minces résultats curatifs d'un traitement irrationnel, ils les découragent. Aussi, s'il était possible d'établir la statistique des personnes que rebutent les difficultés du début d'un traitement hydrothérapique, je crois qu'on trouverait, toutes proportions gardées, un plus grand nombre de débutants à l'eau tiède qu'à l'eau froide. J'avais donc raison de dire que ces idées erronées pouvaient avoir de déplorables conséquences pratiques ; et si mon plaidoyer actuel en faveur, *non pas de l'eau froide*, mais de la *distinction nécessaire à établir entre les diverses températures de l'eau*, pouvait avoir sur cet état d'opinion une efficacité en proportion des convictions raisonnées qui l'ont dicté, j'aurais fait œuvre utile.

Avant d'aborder en plein mon sujet, je dois poser la question d'une façon que je crois inédite, mais fort rationnelle pourtant. Fallait-il, comme on l'a toujours fait, se baser sur le degré thermométrique de l'eau pour classifier les températures au point de vue de leur action physiologique et thérapeutique ? En d'autres termes, celle-ci est-elle proportionnelle aux chiffres du thermomètre ? Oui et non ; oui, d'une façon générale, si l'on considère un même sujet ; non, si l'on prend deux sujets différents, parfois deux maladies différentes.

Chacun sait qu'une même eau détermine des sensations d'intensité fort variable selon les personnes ; qu'elle peut sembler froide en été, attiédie en hiver ; que la sensation varie aussi selon l'état des régions du corps qui la perçoivent, les parties habituellement découvertes étant plus sensibles au chaud et moins au froid : toutes causes d'erreur dans l'établissement d'une relation régulière entre les chiffres du thermomètre et les effets physiologiques à observer.

Remarque dernière et peu connue : si, pour l'eau froide, la température de l'eau qui frappe le patient est bien à peu

près celle qui sort de l'appareil, il n'en est plus de même avec l'eau chaude. Du doucheur au douché, l'eau chaude se refroidit et par conductibilité de l'air ambiant et par vaporisation rapide. Aussi son refroidissement est-il fort variable, et dépend de la température de l'air, de l'hygrométrie atmosphérique, de la distance de projection de l'eau, et surtout de son état de division.

Mes expériences à cet égard m'ont prouvé que l'eau d'une douche chaude en pluie, qui a 43° au sortir de la pomme d'arrosoir, n'a plus que 41° à la distance de 1 mètre, plus que 38° à 3 mètres, tandis qu'en jet plein cette même eau a encore 42° à 1 mètre et 41° à 3 mètres de distance. Mes expériences ayant été faites dans une atmosphère chaude et saturée, absorbant mal le calorique par conséquent, on peut juger de l'écart qui existerait dans un milieu froid et sec, quand l'eau chaude a non seulement à échauffer l'air ambiant, mais surtout à fournir la vapeur nécessaire à cet air, dont la limite de saturation se trouve subitement décuplée.

Une réflexion à cet égard et en passant : un thermomètre à l'origine d'une douche, dans une installation hydrothérapique, n'est guère qu'un trompe-l'œil. D'abord il est inutile pour les douches froides et pour celles à température invariable que l'on peut toujours et fort simplement déterminer a l'avance avec un thermomètre ordinaire ; pour les douches à température variable, il est matériellement impossible à un doucheur sérieux de surveiller les oscillations de ce thermomètre en même temps que diriger le jet d'une douche dont la durée est toujours relativement fort courte ; enfin ses indications seront très irrégulièrement inexactes, quant à la température réelle de l'eau qui agit sur le patient ; elles varieront du commencement à la fin de la douche, selon la forme de celle-ci, selon la distance de projection, selon aussi qu'on aura donné, antérieurement et dans la même salle, une douche chaude ou froide. Pour une main exercée, la meilleur appréciation de la température de l'eau est la sensation de chaleur fournie par l'armature métallique d'une douche : il y a l'eau qui attiédit la lance, celle qui la chauffe, celle qui la surchauffe, enfin celle qui brûle la main. C'est très empirique, si vous le voulez, mais très pra-

tique, et surtout très facilement appréciable, même pour les divers degrés de froideur de l'eau.

Pour toutes ces raisons, j'ai cru ne pouvoir me baser sur les chiffres du thermomètre pour classifier l'action de la température. D'ailleurs, à la réflexion, n'est-il pas étrange qu'on s'obstine à vouloir mesurer des actes physiologiques avec un instrument de physique ? L'hydrothérapie n'étant en somme que la production méthodique et systématique de réflexes physiologiques par un phénomène physique, sans proportionnalité absolue entre la cause et ses effets, les indications d'un thermomètre peuvent sans doute servir d'élément d'appréciation ; mais on doit logiquement concevoir que la véritable unité de mesure de *phénomènes physiologiques* ne saurait être qu'un *acte physiologique*, et c'est, selon moi, la *sensation* perçue.

On peut admettre, d'une façon presque absolue, que l'action des applications hydrothérapiques est *proportionnelle à la sensation produite*, beaucoup plus qu'à la température réelle de l'eau. C'est le cas de répéter cette phrase des récents paradoxes thermométriques d'Onimus : *Le thermomètre a tort, la sensation a raison.*

Cette simple notion est féconde en aperçus nouveaux ; elle nous aide entre autres à comprendre non seulement l'égalité ou l'inégalité d'action d'une seule ou de plusieurs températures, mais aussi la variabilité d'action de l'hydrothérapie selon les saisons, certains résultats de l'accoutumance, etc.

Nous basant donc sur la sensation produite, nous établirons, pour l'étude de l'action hydrothérapique, trois classes distinctes :

1° Les eaux qui déterminent une sensation de *froideur*.

2° Celles qui déterminent une sensation neutre ou de *tiédeur*.

3° Celles qui déterminent une sensation de *chaleur*.

Les premières sont de température plus ou moins inférieure à celle de l'enveloppe cutanée (eaux tempérées, fraîches, dégourdies, froides et très froides) ; les secondes sont de température sensiblement égale à celle de la peau (ou légèrement inférieure, car, à température égale, l'eau paraît un peu chaude) ; les troisièmes enfin sont de température plus

ou moins supérieure à celle du tégument (eaux chaudes, très chaudes et brûlantes). Pour toutes, c'est la différence de température qui provoque la sensation thermique et les actes réflexes physiologiques ; on pourrait les appeler eaux *hypothermales*, *isothermales* et *hyperthermales*.

Remarquons que, s'il y a des degrés dans la froideur ou la chaleur de l'eau, il n'y a qu'une seule eau tiède, située à l'intersection des deux autres.

Dans la catégorie des eaux, soit hypothermales, soit hyperthermales, la sensation produite est fondamentalement et toujours analogue ; aussi l'action physiologique est-elle la même en *qualité*, le degré de chaleur ou de froideur de l'eau réglant seul en partie sa *quantité*. Hâtons-nous de dire que *quantité*, et parfois *qualité* d'action, peuvent être modifiées par des facteurs autres que la thermalité, comme la pression, la durée, la forme des applications, surtout l'idiosyncrasie individuelle, le tempérament hydrothérapique de chacun, pour ainsi dire.

De tout cela, qu'il me soit permis de tirer en passant deux petites conclusions : d'abord, que la relation des expériences hydrothérapiques devrait mentionner, à côté et au-dessus du chiffre thermométrique de l'eau, le degré de la sensation produite ; puis, d'autre part, qu'il est bien difficile de prescrire à l'avance la température exacte de l'eau à employer, dans l'incertitude où l'on est de la *quantité de réaction* qui sera produite, et qu'il serait préférable de formuler, à simple titre d'indication préalable : eau froide, très froide, fraîche, tiède, chaude ou très chaude.

(A suivre.)

D'UN CARACTÈRE OBJECTIF DIFFÉRENTIEL DU NYSTAGMUS CONGÉNITAL ET DU NYSTAGMUS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES ;

Par L. BARD, agrégé, médecin des hôpitaux.

On sait que le nystagmus, c'est-à-dire le tremblement rythmique des globes oculaires, est un symptôme d'une importance assez grande au cours de quelques affections organiques des centres nerveux, notamment dans la sclérose en

plaques. On sait également que le nystagmus n'appartient pas exclusivement à la symptomatologie de ces affections et qu'on peut le rencontrer sous d'autres influences qu'il est nécessaire de connaître pour éviter des erreurs de diagnostic.

Le nystagmus existe en effet assez souvent à l'état physiologique et porte alors le nom de nystagmus congénital.

Ce dernier est presque toujours associé, d'après les ophtalmologistes, à diverses affections congénitales ou acquises de l'appareil oculaire, qui présentent le caractère commun d'entraîner une diminution plus ou moins marquée de l'acuité visuelle. Assez fréquemment ce nystagmus est en rapport avec l'albinisme, il s'expliquerait en pareil cas par l'imperfection de la vision dans les yeux dépourvus de pigment choroïdien.

Dans d'autres cas cependant le nystagmus congénital peut coïncider avec une bonne acuité visuelle, et constituer par suite une anomalie du fonctionnement musculaire indépendante du sens de la vue.

Une quatrième variété de nystagmus, d'ailleurs beaucoup plus rare que les précédentes, est celle qui résulte d'une sorte de crampe professionnelle, analogue à la crampe des écrivains; cette forme a été signalée chez les mineurs, de même que chez certaines couturières, astreints par leur travail à une attention et à des mouvements visuels répétés avec un éclairage insuffisant.

Les diverses articles des traités des maladies nerveuses signalent tous la cause d'erreur qui résulte de l'existence de ces diverses variétés de nystagmus, et n'oublient pas de mettre en garde contre elle dans l'appréciation de la valeur de ce symptôme comme signe des maladies organiques des centres nerveux; par contre, bien que j'aie passé en revue ceux de ces traités qui sont classiques dans notre pays, dans aucun de ceux que j'ai consultés, je n'ai trouvé de caractères différentiels entre les nystagmus des diverses origines.

Blocq et Onanoff (1), dans leur livre récent, se contentent de « dire : Le nystagmus congénital nous intéresse peu ; quand il n'y a pas de renseignements sur les antécédents, l'albinisme

(1) Blocq et Onanoff. — *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, 1892, p. 141.



du sujet et l'absence de gêne de la vue résultant des oscillations seront considérés comme autant de preuves de l'origine congénitale du nystagmus »

On voit par là que ces auteurs assimilent entièrement les caractères objectifs des nystagmus; on ne saurait en effet considérer comme des différences les deux caractères qu'ils indiquent, et qui n'ont d'ailleurs nullement la valeur qu'ils leur donnent; l'albinisme s'accompagne souvent de nystagmus, le fait est admis, mais le nystagmus congénital est infiniment plus fréquent que l'albinisme, et l'absence de ce dernier n'a aucune valeur pour le diagnostic différentiel.

L'absence de troubles de la vue causés par les oscillations n'en a pas davantage; les oscillations des objets causées par le nystagmus sont surtout fonction de l'étendue ou de l'intensité des oscillations, plutôt que de leur cause; je ne sais pas si ce trouble fait constamment défaut dans les nystagmus purement fonctionnels, mais ce qui est certain, c'est qu'il manque dans le nystagmus des maladies organiques, toutes les fois qu'il est peu accusé, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. Il manque notamment dans les cas de nystagmus léger, qu'il faut chercher et mettre en évidence par des artifices particuliers d'examen.

On sait que quand le nystagmus est peu intense, il ne se produit que dans les mouvements étendus de l'œil, quand on fait fixer au malade un doigt qu'on déplace devant ses yeux, de façon à le lui faire suivre et fixer dans les positions extrêmes; cette manœuvre fait toujours apparaître les oscillations dans les deux yeux simultanément, mais tantôt dans les positions extrêmes des deux côtés du malade, tantôt, comme je l'ai observé une fois, dans la position extrême d'un seul côté, suivant les localisations de la lésion causale.

Or, c'est précisément ce mode d'observation qui peut mettre en relief, très simplement, un caractère différentiel objectif qui sépare le nystagmus organique du nystagmus congénital. Tandis que le premier s'exagère ou se montre seulement dans cette manœuvre, le second qui existait spontanément disparaît pour quelques instants dans la manœuvre indiquée. Cette disparition est fort courte, mais, toujours, au moment précis où les yeux arrivent au terme extrême de leur cours, les oscillations cessent et ce phénomène est très facile à constater dès qu'on en est prévenu.

Ce caractère m'a frappé, il y a quelques mois, au cours de l'examen d'un malade, atteint d'ailleurs simplement de pleurésie chronique, qui présentait un nystagmus très accusé, dont il ignorait l'existence, et qui m'avait imposé un examen plus approfondi et d'ailleurs tout à fait négatif de son système nerveux. Depuis ce moment j'ai eu l'occasion de rencontrer deux autres cas de nystagmus congénital, dont l'un au moins avec acuité visuelle très diminuée ; tous deux m'ont présenté le même caractère différentiel ; par contre j'ai constaté son absence dans les cas de nystagmus lié à la sclérose en plaques, comme je pouvais m'y attendre d'après les caractères bien connus de ce dernier.

Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer des cas de nystagmus professionnel et je ne puis dire par conséquent, *de visu*, si ce caractère existe ou fait défaut en pareil cas. J'ai tout lieu de croire, *à priori*, qu'il fera défaut et ne pourra servir qu'à séparer le nystagmus congénital des deux autres. Peut-être même y a-t-il lieu de penser que les nystagmus de cause organique eux-mêmes pourront se ranger suivant les affections dans l'une ou dans l'autre des deux catégories.

La physiologie pathologique du phénomène me paraît en effet rendre compte facilement de cette différence : le nystagmus de la sclérose en plaques est tout à fait comparable au tremblement des membres supérieurs dans la même affection ; comme ce dernier, c'est essentiellement une contraction volontaire saccadée, comme lui il ne se produit que dans les mouvements voulus et fait défaut au repos ; il faut qu'il soit déjà très intense pour exister dans la simple station d'équilibre et troubler le tonus musculaire, il s'exagère toujours quand les mouvements volontaires entrent en jeu et quand ils approchent du but. Le nystagmus congénital est au contraire un tremblement analogue à celui de la paralysie agitante, que la volonté et les mouvements commandés peuvent arrêter complètement pendant les premières périodes de la maladie.

On doit penser que le nystagmus professionnel a plus de chances de se rapprocher du premier groupe et de s'exagérer dans les mouvements volontaires ; mais on comprend aussi qu'une étude plus attentive des cas de nystagmus de cause organique puisse avoir pour effet de classer ce symp-

tôme, suivant les cas, tantôt dans un groupe, tantôt dans un autre, suivant la physiologie pathologique dont il relèverait. S'il en était ainsi ce symptôme, qui peut aujourd'hui engendrer la confusion entre diverses maladies organiques des centres nerveux, telles que la sclérose en plaques, la maladie de Friedreich, les tumeurs cérébrales, ou même le tabes et la syringomyélie (où on ne l'a constaté que très exceptionnellement) deviendrait au contraire utilisable pour leur diagnostic différentiel.

Ce caractère différentiel est-il absolument nouveau ; je le pense, puisque je ne l'ai vu signalé nulle part ; en tout cas il est assez ignoré pour qu'il valût la peine d'attirer l'attention sur lui. Au cours des recherches bibliographiques que j'ai faites après avoir appris à le connaître, je ne l'ai trouvé décrit ni dans les traités des maladies nerveuses, ni même dans les traités d'ophtalmologie. La seule indication concordante que j'aie pu trouver est la phrase suivante, de de Wecker et Landolt, dans leur *Traité d'ophtalmologie* (1) : « Le nystagmus congénital est presque toujours lié à une faiblesse de l'acuité visuelle... Cependant le nystagmus peut coïncider, dans certains cas, avec une bonne acuité visuelle. Il ne se manifeste alors que lorsque le regard est inattentif et disparaît par la fixation. » Il est évident que ce caractère est du même ordre que celui que j'ai constaté moi-même, mais il est beaucoup moins précis, et l'auteur le signale en passant, non seulement sans en faire un caractère différentiel du nystagmus congénital, mais encore en ne l'attribuant qu'aux seuls cas où l'acuité visuelle est restée normale. Chez mes malades le nystagmus était très intense, la simple fixation volontaire ne l'arrêtait pas, et il fallait, pour le faire suspendre, la fixation forte et le mouvement forcé et extrême qui résultaient de la manœuvre employée. Même dans ces conditions les secousses ne cessaient qu'un temps très court, le repos absolu occupant la place de deux ou trois secousses seulement, parfois même marqué simplement par un arrêt toujours net, mais plus fugitif encore.

Les observations ultérieures permettront seules de préciser quels sont les cas d'affections nerveuses dans lesquels le nys-

(1) De Wecker et Landolt, *Traité complet d'ophtalmologie*, 1887, p. 933.

tagmus présente l'un ou l'autre de ses types symptomatiques ; de même elles permettront seules de dire si ce caractère fait défaut dans tous les cas de sclérose en plaques, et s'il ne manque jamais dans le nystagmus congénital ; quoi qu'il en soit, on peut affirmer dès à présent qu'il existe deux variétés de nystagmus, correspondant aux variétés similaires des tremblements des muscles des membres, et que le nystagmus congénital et celui de la sclérose en plaques peuvent être facilement distingués, dans la grande majorité des cas tout au moins, par le caractère distinctif que je signale aujourd'hui.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 31 juillet 1893. — Présidence de M. Gayet.

M. Delore revient sur le traitement des fibromes utérins par les injections d'ergotine. Il fait passer sous les yeux de la Société la seringue spéciale qu'il avait fait construire à cet effet, et qui était munie d'un long et fin trocart.

M. Marduel rappelle qu'il a souvent employé autrefois ces injections ; mais le souvenir qu'il en a gardé n'est pas très bon : non seulement beaucoup de tumeurs ainsi traitées n'ont pas rétrocédé, mais beaucoup de malades accusaient de vives douleurs après les injections.

M. Arloing offre à la Société des exemplaires de deux de ses travaux 1° *Sur les propriétés de la tuberculine de Koch ;* 2° *Sur le pouvoir pathogène des pulpes de betterave* (*maladie du* botulisme *chez l'homme*.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CASTRATION DANS LES FIBROMES.

M. Goullioud fait une communication sur les résultats éloignés de la castration dans les fibromes, d'après 15 observations de malades, opérées par M. Laroyenne ou par lui, et revues à l'occasion de la thèse de M. Levrat-Perroton.

Ces résultats sont conformes à ceux publiés par de nombreux observateurs en faveur de cette méthode de traitement, que cependant beaucoup de chirurgiens tendent à abandonner pour l'hystérectomie, en prétextant l'inconstance des résultats de la castration dans les tumeurs fibreuses.

Les malades ont été suivies pendant cinq ans au plus, un an au moins, à l'exception d'un cas plus récent, datant de six mois seulement. Les premières opérations de M. La-

royenne sont bien antérieures, mais n'ont pas encore été revues récemment.

M. Goullioud étudie les résultats obtenus au point de vue de la disparition des symptômes, hémorrhagies, douleurs ou phénomènes de compression, qui ont été l'indication opératoire, et aussi au point de la régression de la tumeur.

Au sujet des *hémorrhagies*, vraiment graves dans la plupart des cas, la suppression totale a été observée dans 12 cas. Deux fois, il y a eu persistance de pertes sérieuses, mais devenues intermittentes et ne se reproduisant que tous les deux ou trois mois. Chez une autre malade, des règles absolument normales ont succédé à une métrite hémorrhagique.

Deux causes peuvent être invoquées pour expliquer ces insuccès : l'existence d'un fibrome tendant à se pédiculiser du côté de la cavité utérine, ou la persistance de fragments ovariens dans le pédicule. On sait combien M. Bouilly a, au dernier congrès français de chirurgie, insisté sur la première cause, en faisant de cette tendance à la pédiculisation sous-muqueuse une contre-indication à ce mode opératoire. M. Goullioud croirait plutôt, chez ses opérées, à la persistance du tissu ovarien dans le pédicule. Il croit pouvoir l'affirmer pour la troisième malade qui ne saurait être considérée que comme un insuccès relatif, l'opérée regardant comme parfait son état actuel. En effet, chez elle le symptôme prédominant était la douleur. Il s'agissait d'un fibrome compliqué de salpingo-ovarite. L'ablation des annexes a été suivie de son résultat habituel, malgré l'exérèse incomplète d'un ovaire, fait si facilement observé quand cet organe est fixé dans le bassin par de solides adhérences, et rendu méconnaissable par des lésions inflammatoires. On sait aussi combien les ovaires, privés de pédicule par le développement des fibromes, sont dificiles à enlever en totalité.

Un succès remarquable a été obtenu chez une femme exsangue au point de présenter de l'oppression par anémie. Cette intervention qui ne nécessite aucune perte de sang est particulièrement précieuse dans ces cas d'anémie extrême.

Les *douleurs* ont atteint le caractère d'un symptôme prédominant dans deux conditions bien nettes : la coexistance de lésions inflammatoires des annexes, fait bien mis aussi en relief par M. Bouilly, et indubitable dans quelques-unes des

observations ; ou bien la coïncidence d'ovarialgie hystérique chez les névropathes. Il s'agit dans les deux cas de douleurs plus continues, plus fixes, plus aiguës, tout au moins différentes des douleurs expultrices de la matrice. Toutes les opérées, même celles qui ont gardé des règles ou des pertes, ont été délivrées de leurs douleurs.

Les *phénomènes de compression* sont particulièrement graves quand ils portent sur les voies urinaires. La nécessité du cathétérisme, à chaque époque menstruelle, est pour M. Laroyenne une indication très légitime d'intervenir. La castration a supprimé ce symptôme chez deux malades, les seules chez qui il ait été noté.

La disparition des vomissements réflexes chez une malade a été le fait d'une myomectomie concomitante d'un fibrome sous-séreux, très mobile, plutôt que le fait de la castration.

En dehors des indications ci-dessus, le *développement rapide*, bien constaté, est le plus important motif d'intervenir. Les fibromes sont généralement assez bien supportés et il est aussi trop grave de les attaquer pour qu'ils indiquent un traitement chirurgical par leur seule présence. Mais quand on les voit par exemple atteindre l'ombilic et menacer de le dépasser, il est prudent de les arrêter dans leur développement. Dans la plupart des observations, ils avaient atteint à peu près cette limite. M. Goullioud a assisté presque simultanément à ce développement rapide sur deux de ses malades. Chez l'une, le fibrome atteignait à peu près l'ombilic à la fin de l'année 1891, un an après, il le dépassait de la main. La castration faite alors, malgré un développement exceptionnel des veines utéro-ovariennes, a donné un excellent résultat. Chez l'autre malade, en quelques mois, le fibrome atteignait les fausses côtes et cessait d'être justiciable de la castration à cause de son développement excessif et de sa transformation kystique.

Dans les cas spécialement où il y a eu suppression totale des règles et des pertes, on a observé une diminution brusque des fibromes, d'un tiers environ, avant même le départ des malades, puis une régression lente et continue. Ainsi, dans une observation le niveau supérieur de la tumeur est noté à l'ombilic lors de l'opération, quatre ans après il n'émerge plus hors du bassin. On a été en général très réservé dans

l'hystérométrie, de peur de produire, à la veille de l'opération, une auto-infection par « violation de la cavité utérine ». Dans un cas, cependant nous trouvons deux cathétérismes notés à deux ans de distance et indiquant 12 et 7 centimètres.

Cette régression est la règle, quand il y a suppression des pertes. Dans les deux autres cas, le développement du fibrome est resté stationnaire.

Il est à remarquer qu'aucune de ces femmes, opérées entre trente et quarante ans, n'ont aucun phénomène nerveux autre que des bouffées de chaleur pendant les premiers mois: point de crises hystériques, point de troubles cérébraux, point de regrets de leur état. On a singulièrement exagéré les conséquences fâcheuses de la castration au point de vue du système nerveux. Tout au moins elles n'existent pas quand l'opération s'adresse aux fibromes.

M. Goullioud signale 4 décès sur 19 cas, un par pleuro-pneumonie, deux par infection péritonéale chez des femmes préalablement infectées (39° avant l'opération), un par péritonite septique. Il n'est pas possible de tirer de ces chiffres un argument pour ou contre, dans le choix à faire entre la castration ou une autre intervention. Car dans les fibromes la gravité opératoire dépend trop du choix des cas. Mais la conviction de l'auteur est que dans les mêmes conditions, l'hystérectomie, qui eût dû être presque toujours abdominale, eût donné une plus forte mortalité. Mais il concède volontiers qu'actuellement des cas analogues ou moins développés de ces fibromes, seraient peut-être opérés plus avantageusement par la voie vaginale.

M. Goullioud se borne, à propos du procédé opératoire, à recommander de multiplier les anses de la ligature en chaîne, pour éviter le glissement des fils sur les pédicules courts et étalés, et faciliter par suite l'hémostase et surtout l'exérèse de tout le tissu ovarien.

Il conclut que dans les cas où elle est indiquée, la castration est une méthode excellente de cure radicale des fibromes. Tel est aussi l'avis de M. le professeur Laroyenne.

M. Marduel demande à M. Goullioud quel était l'âge de ses opérées.

M. Goullioud répond qu'il s'agissait de femmes entre 30 et 40 ans.

M. Delore s'étonne de voir tant d'opérations, et d'opérations graves en somme, dirigées contre des tumeurs qui souvent guérissent fort bien

spontanément ; il ne se rappelle pas avoir vu des femmes succomber à des fibromes, à moins de cas très spéciaux de gangrène de la tumeur, etc. Il y a peu d'indications aux grandes opérations dirigées contre de pareilles tumeurs.

M. GOULLIOUD ne partage pas l'optimisme de M. Delore, eu égard au pronostic des fibromes ; il a vu des femmes mourir de leur tumeur fibreuse, soit que celle-ci se soit gangrenée, soit qu'elle ait déterminé des compressions trop serrées, soit qu'elle ait évolué vers le type kystique. Il ne faut évidemment rien exagérer, mais il est des cas nombreux où on doit intervenir.

Le Secrétaire-adjoint, ROCHET.

Séance du 13 novembre.

M. POULLET signale que depuis la semaine dernière il a fait cinq nouvelles opérations de hernie, l'une surtout chez un sourd-muet, très volumineuse, scrotale, antérieurement opérée par M. le docteur Juliard, de Genève.

M. GAYET, au nom de la Société, félicite M. Girin, présent à la séance, de son retour à la santé, et lui donne l'assurance du plaisir que sa guérison cause à tous ses collègues.

M. AUBERT présente un rapport sur la candidature de M. Carry et analyse un travail envoyé par lui sous ce titre : *Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon ; étude sur la blennorrhagie de la femme.*

La candidature de M. Carry mise aux voix est adoptée à l'unanimité,

M. HORAND, à propos du rapport de M. Aubert, insiste sur l'importance de la recherche du gonococcus. Beaucoup d'écoulements chez la femme ne sont pas vénériens, en particulier ceux de la glande de Bartholin.

L'examen est si facile, si simple, que tout le monde peut le faire.

La vaginite est souvent blennorrhagique, mais surtout chez les petites filles. Chez la femme, elle peut l'être, mais c'est rare.

Dans l'écoulement utérin, M. Carry n'a trouvé le gonococcus que une fois sur cinq. Au contraire, M. Aubert pensait que la blennorrhagie utérine était fréquente et que quand on trouvait le gonococcus dans le vagin il provenait de l'utérus.

M. AUBERT admet que la vaginite blennorrhagique est en effet rare. Mais il a vu deux vaginites aiguës suppurées blennorrhagiques certaines sur des centaines de cas observés à l'Antiquaille.

M. POULLET croit que les gonococcus étant trouvés dans le vagin, il est bien difficile de dire d'où ils proviennent. Le gonococcus fait de grands ravages dans la cavité utérine et dans les trompes. L'épithélium vaginal semble au contraire un mauvais terrain de culture pour lui.

M. HORAND regrette de ne voir dans le travail de M. Carry aucun renseignement sur la blennorrhagie anale ou buccale. Ce sont deux lacunes pour un travail fait dans un service sanitaire.

M. AUBERT comprend la transmission de la blennorrhagie par la bouche, mais c'est une contagion indirecte. Il ne croit pas qu'il y ait de vraies blennorrhagies buccales.

M. AUBERT lit un travail sur la constatation de l'induration des chancres avec un seul doigt. (Sera publié.)

M. HORAND signale des cas où il est en effet impossible de toucher avec les deux doigts et en particulier le chancre de la conjonctive qu'il a étudié avec Jullien. Il demande des détails sur la façon de faire cette exploration.

M. AUBERT lui donne les détails demandés.

Le Secrétaire-adjoint, G. ROQUE.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de novembre 1893. — Présidence de M. CORDIER.

ABLATION DE L'OMOPLATE.

M. VILLARD, interne des hôpitaux, présente à la Société une omoplate enlevée par M. Jaboulay.

L'opération a été pratiquée sur un malade âgé de 52 ans, cultivateur, n'ayant aucun antécédent tuberculeux. Cet homme subit un traumatisme il y a quatre ans (chute de cheval, forte contusion de l'épaule, pas de fracture). Deux ans après, toute la région devint très douloureuse, des abcès multiples apparurent au creux axillaire. Au mois de février dernier, M. Albertin fit la résection de l'épaule. Au commencement d'octobre, le malade revint à l'Hôtel-Dieu avec des trajets fistuleux multiples; à deux reprises on fit du grattage. Mais l'état général s'altérait, le malade devenait cachectique. M. Jaboulay lui proposa alors l'ablation totale de l'omoplate. Le premier temps de l'opération fut une incision le long du bord spinal de l'omoplate; le dernier consista dans l'ouverture de l'articulation et la torsion de l'apophyse coracoïde. Actuellement le malade va bien, la température n'a pas dépassé 38°.

La pièce présente les particularités suivantes : le bord axillaire est épaissi et creusé d'anfractuosités; sur l'acromion, altérations analogues, mais moins accusées.

L'ablation totale de l'omoplate, du moins à la connaissance de M. Villard, n'a été pratiquée que quatre fois à Lyon : deux fois par M. Ollier en 1887 et 1888, deux fois par M. Jaboulay en 1891 et 1893.

FIBROME UTÉRIN ; ATROPHIE D'UN REIN.

M. Lagoutte, interne des hôpitaux, présente des pièces provenant d'une malade du service de M. Rochet. Cette femme était porteur depuis deux ans d'un fibrome utérin sensible dans le cul-de-sac postérieur : il n'y avait pas d'hémorrhagies, mais des phénomènes de compression tels que l'intervention fut décidée.

La tumeur était enclavée dans le petit bassin, adhérait au rectum et était attenante à l'utérus par un petit pédicule. La mort survint le lendemain après un coma de quatre heures. A l'autopsie, aucune trace de péritonite, mais double lésion de l'appareil urinaire; à gauche, dilatation notable de l'uretère, à droite atrophie presque totale du rein.

L'un des secrétaires annuels, P. Lacour.

REVUE DES LIVRES

Le traitement des aliénés dans les familles, par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 2e édition, Paris, Alcan, 1893. 1 volume in-18 de 180 pages. — 3 fr.

M. le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre, est le champion d'une idée qui a fait son chemin : c'est que les aliénés inoffensifs pourraient, pour leur plus grand avantage, être traités à la campagne, dans des familles, et être occupés, soit aux travaux des champs, soit à d'autres travaux faciles et compatibles avec une hygiène spéciale. De cette façon, les asiles seraient débarrassés d'un grand nombre de pensionnaires pour lesquels ce séjour est plutôt funeste qu'utile. — Ce mode d'assistance familiale est pratiqué avec succès en Belgique, en Ecosse, en Allemagne, aux Etats-Unis, et récemment le Conseil général de la Seine en a décidé un premier essai pour cent déments séniles inoffensifs.

Dans son livre, M. Féré expose l'organisation de ce système dans les pays qui le pratiquent; il donne des conseils relatifs aux soins dont il faut entourer les aliénés dans le

traitement familial et indique les précautions dont doivent s'entourer ceux qui acceptent la surveillance de ces malades. Ces conseils seront d'ailleurs utiles à tous ceux qui ont à donner leurs soins à des aliénés, quel que soit le mode de traitement employé.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le traitement général des cardiopathies un peu anciennes et bien compensées, par A. Robin. — La médication classique en l'espèce, c'est la médication iodurée. Mais pourquoi fait-on ce traitement ? Surtout par habitude. On a prétendu aussi, mais sans preuve à l'appui, que l'iodure avait une action résolutive sur les cicatrices valvulaires qui déterminent les lésions. Les doses généralement prescrites sont de 1 gramme d'abord, puis 1 gr. 50, 2 grammes et jusqu'à 3 grammes. Or, à ces doses élevées, l'iodure est un *dénutritif* extrêmement actif. De ce fait, il porte son action sur le myocarde comme sur tous les autres tissus de l'organisme, ce qui ne peut avoir qu'une influence fâcheuse, puisque l'intégrité du myocarde est la condition primordiale du maintien de la compensation. Mais tout autre sera l'effet thérapeutique si on emploie de petites doses d'iodure, de 25 à 50 centigrammes. L'iodure, en effet, comme bien d'autres médicaments, par exemple comme le sulfate de quinine, l'oxyde de zinc, a une action complètement différente suivant qu'on l'emploie à doses minimes ou à doses élevées. Donc, pour obtenir une action trophique de l'iodure, il faudra l'administrer aux cardiaques à la dose de 30 et jusqu'à 50 centigrammes par jour en deux prises, une au milieu de chaque repas principal. D'autre part, il est de toute nécessité de surveiller l'état gastrique des cardiaques. Ranvier a bien démontré que les fibres musculaires du myocarde nagent dans un vrai lac lymphatique. Il faut donc que le courant lymphatique ne soit gêné en rien afin de pouvoir entraîner constamment les produits toxiques résultant du fonctionnement perpétuel du muscle cardiaque. Or s'il existe des troubles gastriques, l'estomac distendu par des gaz pourra par compression troubler directement la circulation intime du cœur comme son fonctionnement, il pourra aussi

comprimer les gros troncs lymphatiques, et alors la circulation lymphatique sera gênée de ce fait et, par là même, il y aura une certaine entrave apportée au fonctionnement du système lymphatique cardiaque.

Il y a donc là une seconde et fort importante indication à réaliser chez le cardiaque en état de compensation : soigner avec soin son estomac et empêcher la production des moindres troubles dyspeptiques. On y arrivera par les moyens appropriés à ce point particulier. Enfin M. A. Robin prescrit aux malades, lorsque cela est possible, de boire aux repas de l'eau de Saxon qui est légèrement iodurée. Il est possible de maintenir ainsi compensée pendant de longues années une lésion valvulaire même grave. (*La Médecine moderne*, 4 nov. 1893.)

Projectile expulsé par le rectum. — Un jeune homme de 25 ans fut conduit à l'hôpital de Lima pour le traitement d'une plaie de la face par arme à feu. Quelques jours auparavant il avait reçu en pleine figure un coup de revolver tiré à deux pas de distance. Cette blessure fut suivie de plusieurs hémorrhagies. La balle avait pénétré dans la région malaire gauche, à six centimètres de la ligne médiane de la figure et à trois centimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil. Le docteur Azzali, explorant le trajet avec la sonde de Nélaton, fit pénétrer facilement celle-ci à près de cinq centimètres suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, qui aboutissait au pharynx. Il conclut de cet examen que le projectile n'était plus dans la blessure et qu'il avait dû descendre dans les voies digestives.

Il administra donc un purgatif sans résultat. Mais en le réitérant il eut la satisfaction de retrouver dans les matières évacuées une balle du poids de 9 grammes, ayant 7 millimètres de diamètre.

Un traitement local et général bien appliqué fit disparaître la fièvre et amena au bout d'un peu plus d'un mois la fermeture du trajet et la cicatrisation complète, sans aucune lésion fonctionnelle consécutive. (*Cronica medica de Lima* et *Siglo medico*.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LE CYTISE DES ANCIENS.

En poursuivant mes recherches relatives à l'action des alcaloïdes sur la sécrétion sudorale, recherches qui paraîtront dans un prochain numéro du *Lyon Médical*, j'ai été amené à étudier la cytisine.

A cette occasion j'avais demandé au docteur Saint-Lager, dont tout le monde connaît l'érudition et la haute compétence en matière d'histoire naturelle, quelques renseignements sur le Cytise de Virgile.

La très intéressante lettre qui suit est une réponse à cette question. Le docteur Saint-Lager juge la solution précise à peu près impossible, mais il croit que le *Cytisus sessilifolius*, très répandu dans la Grèce et l'Italie, et dont les travaux du professeur Cornevin ont établi l'innocuité, est l'espèce qui, sans répondre absolument à la description des anciens, car elle n'a pas les feuilles blanchâtres, s'en rapproche le plus.

P. Aubert.

Mon cher ami,

Le Cytise est une des plantes anciennement connues. Hippocrate, dans le Traité des maladies des femmes (I, 44), et Nature de la femme (43), dit que la décoction de Cytise ramène la sécrétion du lait chez les femmes. L'infusion de Cytise est diurétique (Régime II, 55). Théocrite savait que les chèvres en sont très friandes : *Mes Chèvres broutent le Cytise et l'Ægilops* (Idylles, V, 128).

Tous ceux qui ont traduit les Eglogues de Virgile se souviennent de ces deux vers :

Non me pascente, Capellæ
Florentem Cytisum et Salices carpetis amaras (I, 78).

Varron (I, 23, 43; II, 2 de re rustica) et Columelle (de re rustica V, 12, de arboribus 28) s'accordent à le recommander comme un excellent fourrage pour tous les bestiaux, soit consommé vert, soit sec; il les engraisse promptement et leur donne beaucoup de lait. Il pousse dans tous les terrains, même les plus maigres et ne souffre aucun dommage des intempéries. Les abeilles recherchent avidement les fleurs

du Cytise. Sa décoction est très utile aux nourrices qui manquent de lait.

On le sème au printemps ou à l'automne; on peut même le propager par bouture.

Pline (XIII, 47) répète ce qu'on dit les agronomes romains et ajoute que, d'après Aristomachus, auteur d'un traité sur le Cytise, la culture de cette plante est très rémunératrice; un terrain de qualité médiocre, planté en Cytise, peut rapporter annuellement mille sesterces (210 fr.) par lot de 25 ares.

Théophraste a plusieurs fois cité le Cytise dans son histoire des plantes (IV, 4. 16; V-3; I 6) et dans le traité de *causis plantarum* (V, 15).

Dioscoride en parle dans sa Matière médicale (IV, 111) comme d'une plante recherchée par les Abeilles, et que les médecins emploient pour dissiper l'œdème et comme diurétique.

Galien (de antidotis, livre I, ch. 4) vante l'excellence du miel fabriqué par les Abeilles qui ont butiné les fleurs de Cytise.

L'auteur des Géoponiques confirme l'assertion de Galien (XV, ch. 2).

Les anciens ne connaissant que 900 plantes environ, ne comprenaient pas l'utilité des descriptions exactes et d'ailleurs n'avaient pas étudié en détail l'organographie, de sorte que les descriptions données par eux sont souvent, pour nous, des énigmes. Comment en effet reconnaître une plante à ce signalement : C'est un arbrisseau de couleur blanchâtre, portant des rameaux longs d'une coudée et des feuilles trifoliolées ?

Bartolomeo Maranta, médecin napolitain, paraît être le premier qui ait cherché à reconnaître le Cytise des anciens. Dan son *Methodus cognoscendorum simplicium*, imprimé à Venise en 1559, il soutint que cette plante est celle que nous appelons aujourd'hui *Medicago arborea*. La plupart des auteurs la nommèrent *Cytisus Marantæ*, comme on peut le voir en lisant les ouvrages de Matthiole, Anguillara, Lobel, Dodoens, Dalechamps, de L'Ecluse, etc. Le médecin vicentin Honorius Belli, qui exerçait la médecine à Candie, adopta aussi l'interprétation de Maranta (Epistolæ ad Clusium). Be-

lon, qui voyagea en Orient de 1546 à 1549, envoya à Gesner la susdite plante comme étant le vrai Cytise des anciens.

Tournefort, en 1700, dans les *Institutiones rei herbariæ*, fit passer le Cytise de Maranta dans le genre *Medicago*, avec cette indication *Medicago trifolia*, *frutescens*, *incana* (p. 412). Depuis Linné la susdite plante a été définitivement appelée *Medicago arborea*.

L'opinion de Maranta a été adoptée par la plupart des commentateurs du XVIII[e] siècle et du XIX[e]. Tels sont Martyn, auteur de Commentaires sur les Géorgiques, les Bucoliques et l'Énéide (1741, p. 49-70), Amoreux, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier, Mort en 1824.

Paulet : Flore et Faune de Virgile, 1824 (p. 33).

Billerbeck : Flora classica, 1824 (p. 197).

Sprengel : Antiquitatum botanicarum Specimen, 1798 (ch. 3). — Historia rei herbariæ, 1807 (t. I, p. 146, 150, 342. — Commentarius in Dioscoridem, 1830 (t. II, p. 622).

Desfontaines : Commentaires sur l'Histoire naturelle de Pline, tome V, édition Lemaire, 1827-31.

Fée : Flore de Virgile, 1822. — Flore de Théocrite, 1832. — Commentaires sur la botanique de Pline, 1833, édition Panckoucke.

Fraas : Flora classica, 1845 (p. 63).

Smith : Floræ græcæ prodromus, 1813 (t. II, p. 109).

Les dissidents sont peu nombreux et moins affirmatifs. Miller soupçonne que le Cytise des anciens pourrait être le *Lotus rectus*. — Valmont Bomare dit : *Cytisus nigricans*. — Bertoloni (Flora italica, VII, p. 577) penche pour *Coronilla emerus*. — L. Schneider, dans l'édition des agronomes romains, opine pour *Cytisus Laburnum*. — L. Dubois, dans l'édition de Columelle, estime que c'est *Spartium junceum*. — Bubani (Flora virgiliana, 1869, p. 44) croit que le Cytise des anciens comprenait deux plantes : 1° le *Cytisis Laburnum ;* 2° la *Coronilla emerus*.

La vérité est que, comme l'a dit Fée dans ses Commentaires sur la botanique de Pline, il importe de distinguer deux plantes : 1° le *Laburnum* de Pline, arbre des Alpes, peu connu (dit Pline), ayant le bois dur et blanc et une fleur (une grappe florale) longue d'une coudée, à laquelle les abeilles ne touchent pas (livre XVI, 31).

Cet arbre est bien le *Cytisus laburnum* assez commun dans les Alpes de la Lombardie, Vénétie, Piémont et dans quelques parties de l'Apennin central, mais qui manque complètement en Grèce, en Asie Mineure et dans tout l'Orient. Hippocrate, Théocrite, Dioscoride ignoraient son existence. Au surplus, Pline l'appelle *Laburnum*, mais jamais *Cytisus*, plante fourragère.

Varron, Columelle et Virgile le connaissaient probablement, mais ils n'en ont pas parlé parce qu'il n'était d'aucun emploi en agriculture. Outre qu'il est vénéneux, il a des branches trop élevées pour que les chèvres de Théocrite et de Virgile aient pu le brouter. C'est un arbre, et non un arbrisseau comme était le vrai Cytise.

D'après ce qui précède, nous avons d'excellentes raisons pour écarter le *Laburnum*, puisqu'il ne comptait pas parmi les *Cytisus*, qu'il était inconnu des Grecs, qu'il est un arbre, et non un arbrisseau que les chèvres puissent brouter, et enfin qu'il est assez vénéneux.

Comme Dioscoride et Pline ont dit que le Cytise est un arbrisseau de couleur blanchâtre, à feuilles de trèfle, mais plus étroites, appelé quelquefois *Lotus major* ou *Trifolium majus*, la plupart des commentateurs ont admis que c'était la *Medicago arborea*, qui bien mieux que la *Coronilla emerus*, correspond à la description écourtée des anciens botanistes et dont le nom moderne τριφυλλόκλαδα rappelle celui de *Trifolium majus*. La *Medicago arborea* est d'ailleurs assez commune en diverses parties de la Grèce continentale et dans les Iles, mais elle est rare en Italie. Cette rareté est une grave objection contre l'opinion de Maranta. Au point de vue de l'histoire de l'agriculture, il est regrettable qu'aucun auteur ne nous ait fait connaître les motifs pour lesquels la culture du Cytise, si chaudement recommandée par les anciens agronomes, a été complètement abandonnée en Italie. Au lieu des mauvaises plantes qui encombrent inutilement les terrains incultes, ne serait-il pas préférable de voir ceux-ci occupés par un arbrisseau pouvant fournir une nourriture saine aux bestiaux. Cette ressource serait surtout précieuse pendant les années sèches, telles que l'année 1893, de calamiteuse mémoire pour les agriculteurs.

Tels sont, cher ami, les principaux faits de l'histoire du

Cytise des anciens. Je n'ai pas trouvé dans mes notes la mention de l'ouvrage d'Amoreux; mais, comme vous le voyez, ce n'est pas lui qui a le premier identifié le Cytise des anciens avec la Luzerne arborescente.

J'ai lieu de croire que les commentaires de Desfontaines, de Fée et de Fraas contiennent tout ce qu'il a dit et plus encore. Je continuerai les recherches, mais sans espoir d'arriver à une solution définitive de la question principale. Provisoirement, j'admets que le Cytise des anciens est le *C. sessilifolius*, qui, d'après les études de Cornevin, est dépourvu de propriétés vénéneuses. Il est d'ailleurs abondamment répandu en Grèce et en Italie.

Votre bien dévoué, SAINT-LAGER.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DE MÉDECINE EN 1894, A LYON. — La Société de médecine, dans sa dernière séance, sur la proposition de M. le professeur Lépine, a voté à l'unanimité des membres présents de prendre l'initiative et le patronage d'un Congrès médico-chirurgical qui se tiendra à Lyon dans les derniers jours du mois d'octobre 1894, et qui coïncidera avec les fêtes universitaires qui auront lieu à l'occasion de l'inauguration du palais des Facultés des lettres et de droit et de la clôture de l'Exposition. Une Commission sera chargée de l'organisation de ce Congrès.

D'un autre côté nous recevons de M. le professeur Mayet la note suivante :

Un certain nombre de membres du corps médical s'occupent de l'organisation d'un Congrès de médecine à Lyon pendant l'Exposition du 4 au 15 août 1894 comme première session d'une série de congrès annuels dans d'autres villes de France.

M le docteur Bouchard, membre de l'Institut, en a accepté la présidence en faisant aux médecins lyonnais l'honneur de se considérer « *comme étant encore des leurs* ».

Un tel patronage assure un brillant succès à ces assises scientifiques.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (séance du 20 novembre). — M. Ollier fait une importante communication sur les luxations anciennes irréductibles du coude, expose quels sont les cas où on peut faire la réintégration après syndesmotomie, et ceux dans lesquels, chez les jeunes sujets surtout, on doit avoir recours à la résection.

Ordre du jour de la séance du 27 novembre :

M. LÉPINE : Sur la syphilis cérébrale.

M. M. POLLOSSON : Restitution sanglante et résection dans les luxations anciennes de l'épaule. Présentation de malades.

M. PONCET : De l'adénite sous-claviculaire dans le cancer du testicule.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 22 novembre 1893). — M. Lagoutte, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique. C'est une semi-luxation du genou, en arrière avec déchirure complète de l'artère poplité produite par un coup de pied de mulet. A la suite, phlegmon gangréneux de la jambe qui a nécessité l'amputation de la cuisse

— M. le docteur Thévenet présente un vieux soldat qui a eu de nombreuses attaques de rhumatisme avec complications du côté du cœur et de la plèvre. Comme stigmates d'une pleurésie ancienne, il présente un aplatissement de la moitié du thorax avec atrophie des muscles de l'épaule, parésie incomplète et une anesthésie de toute la moitié correspondante du thorax et du bras.

— M. le docteur G. Roux a trouvé dans le stérésol un moyen de faciliter l'analyse bactériologique de l'eau. Une couche de cette substance appliquée sur la gélatine ensemencée de microbes en empêche la liquéfaction sans s'opposer au développement des microbes; il est dès lors possible de compter les diverses colonies.

— M. le docteur Saillès rapporte deux observations d'ascite observée chez des vieillards dont la guérison rapide put pendant un an être considérée comme définitive. L'ascite ne revint pas, mais les malades devinrent cachectiques et à l'autopsie on trouva une carcinose généralisée.

— MM. les docteurs Courmont et Doyon trouvent dans les travaux publiés ces dernières années sur la sérum-thérapie du tétanos des preuves nouvelles en faveur de la pathogénie de cette affection dite du ferment soluble.

Si chez un animal on fait précéder d'un injection de sérum antitétanisant, celle d'une culture filtrée de bacille de Nicolaïer (toxine tétanisante), il n'y a pas développement du tétanos. L'injection simultanée des deux produits (sérum et toxine) est également indemne. Mais si l'on injecte d'abord la toxine, et un peu plus tard le sérum d'un animal immunisé contre le tétanos, la maladie se développe. Dans les deux premiers cas, le sérum neutralise le ferment contenu dans la toxine. Il n'agit plus dans le dernier cas, la fermentation ayant déjà eu lieu. Cette dernière expérience témoigne en faveur de la pathogénie du tétanos présentée par MM. Courmont et Doyon.

Un legs de 1.500.000 francs et obsèques de madame Bouisson. — Mme Bouisson, veuve de l'ancien doyen de la Faculté de médecine, recteur de l'Académie et député, décédé il y a quelques années, vient de mourir. Par son testament elle lègue aux Facultés et à des œuvres divers dons s'élevant à 1.500.000 francs, savoir :

1° Le château de Grammont, situé à deux kilomètres de Montpellier, et le terrain y attenant qui comprend cent hectares plantés en vignes. Ce domaine, évalué à un million de francs, servira à une fondation scientifique et charitable que la Faculté de médecine devra ériger;

2° Une somme de 500.000 francs léguée à la Faculté de médecine, qui sera destinée à payer les droits de succession et l'achèvement dés constructions;

3° Une somme de 40.000 francs dont la rente servira à donner des prix aux élèves de la Faculté de médecine. A la mort de son mari, la testatrice avait déjà donné dans ce but 100.000 francs ;

4° Les collections et œuvres d'art sont partagées entre le musée de Montpellier, la Faculté des sciences, l'École de médecine et la Société archéologique ;

5° Une somme de 100,000 francs à la commune de Mauguio, dont M. Bouisson était originaire ;

6° Une somme de 100.000 à l'évêque de Montpellier pour fonder des bourses de théologie réservées avant tout à des fils de médecins.

Différents dons sont faits aux hospices, à l'Association des médecins de l'Hérault et à des amis de la famille.

Le testament désigne comme exécuteur testamentaire M. Fabrègues, le restaurateur de l'abbaye de Maguelonne.

Les obsèques de madame Bouisson. — Les obsèques de Mme Bouisson ont eu lieu lundi 13 novembre, à neuf heures et demie. A une dotation sans exemple, notre Université Montpelliéraine a répondu par une solennité sans précédent. C'était certes un spectacle unique que ce cercueil d'une femme de bien qu'accompagnaient en grand apparat le conseil général des Facultés, recteur et doyen en tête, une délégation de maîtres de notre Faculté en robe, et tout le corps enseignant de notre École. Ce fut une distinction spéciale qui ouvrit à notre bienfaitrice la cathédrale d'Urbain V, et nous valut un émouvant éloge funèbre prononcé par Mgr l'Évêque, qui a eu la délicate pensée de s'associer à notre deuil universitaire comme il s'était associé à nos fêtes du centenaire. La presse régionale a reproduit cette oraison : elle contient, entre autres développements d'éloquente allure, un éloge de la professiòn médicale qui doit nous mettre au cœur une légitime fierté. Ce fut aussi une marque de gratitude exceptionnelle qui fit arrêter le cortège devant la Faculté de médecine et, comme pour les obsèques de nos maîtres, porter le cercueil dans le grand vestibule de la Faculté, où M. le Recteur de l'Académie de Montpellier, M. Castets, maire, et M. Mairet, doyen de la Faculté de médecine, ont prononcé des discours. De toutes ces distinctions, des manifestations unanimes de la population montpelliéraine, notre bienfaitrice était digne. *(Montpellier Médical*, 18 nov 1893.)

Statistique vitale de Lyon pendant le mois de septembre 1893
(Population : 438,077 habitants.)

Mariages ...	261 (avec contrat, 77; sans contrat, 184); divorces, 7.
Naissances..	678 (m. 349; f. 329); — mort-nés, 51.
Décès.......	611 (m. 305, f. 306).

Sur ces 611 décès il y en a eu 39 par maladies infectieuses ainsi répartis : fièvre typhoïde 18, rougeole 1, scarlatine 1, variole 0, érysipèle 3, diphtérie-croup 13, coqueluche 1, infection puerpérale 2.

L'exercice de la médecine. — Dans sa dernière séance d'assemblée générale, le Conseil d'État a adopté un projet de règlement d'adminis-

tration publique, rendu en exécution de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Ce décret a pour but : 1° de réviser les tarifs du décret du 18 juin 1811, pour les honoraires et frais des médecins, et 2° de réglementer les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

En voici les principales dispositions : au commencement de chaque année judiciaire, les cours d'appel désignent, sur la proposition des tribunaux de première instance, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. Ceux-ci doivent être Français, avoir cinq ans d'exercice et demeurer dans le ressort. En dehors des exceptions prévues par le Code d'instruction militaire, et sauf en cas d'empêchement des titulaires de l'arrondissement, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées qu'à un docteur ayant le titre d'expert.

Viennent ensuite les tarifications, ainsi fixées : Visite avec premier pansement, 8 fr. ; opération, 10 fr. ; autopsie, 25 ou 35 fr., suivant qu'elle a lieu avant ou après inhumation ; tout rapport écrit toute déposition devant les magistrats donne droit à une vacation minimum de 5 fr. Pour tout transport au delà de deux kilomètres, il est alloué 20 ou 40 centimes par kilomètre parcouru, suivant que le transport a lieu en chemin de fer ou autrement. En cas de séjour forcé des experts en cours de voyage, ils reçoivent 10 fr. par jour à titre d'indemnité.

Des dispositions transitoires règlent les droits des officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893, ou dans les conditions de l'article 31 de la loi sur l'exercice de la médecine.

Drame professionnel a propos de la diphtérie. — Les journaux hongrois rapportent le triste drame professionnel dont vient d'être victime un médecin de Presbourg, le docteur Béla Bokh.

Le docteur rentrait chez lui, après avoir donné ses soins à un enfant diphtéritique, et n'avait pas eu le temps de changer de vêtements, quand son fils vint se jeter à son cou et l'embrasser, malgré ses efforts pour l'éloigner de lui.

Deux jours après le petit garçon était pris de diphtérie et succombait rapidement.

La raison de l'infortuné père n'a pas résisté à ce malheur et le docteur Béla Bokh mourut lui-même après une maladie de quelques jours pendant laquelle il ne cessait de répéter : « J'ai tué mon enfant ! »

Cardiopathies chez les médecins. — Depuis que M. Huchard a attiré l'attention sur la fréquence des cardiopathies artérielles chez des personnes sujettes à de fréquentes émotions, entre autres chez des médecins, on rencontre dans les journaux de médecine des témoignages sur la réalité des faits observés par le savant parisien. *The Lancel.*, 16 sept., dit que l'opinion de M. Huchard n'est pas exagérée.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Novembre	PRESSION BAROMET. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent•		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombée	évap	
12	751	3 m	750	6 s	+ 6.2	3 s	+ 1.1	8 m	85	68	0.0	0 7	21
13	750	11 m	749	6 s	+10.9	3 s	— 1.8	5 m	100	62	0.0	0.1	19
14	749	10 m	745	9 s	+14.6	2 s	+ 4.6	8 m	98	65	0.0	1.9	26
15	745	12 s	745	3 s	+13.8	1 s	+ 6.3	0 m	95	83	5.5	1.6	25
16	746	10 m	742	12 s	+12.7	1 s	+ 9.5	9 m	95	77	19.9	0.4	28
17	742	0 m	734	12 s	+15.(	3 s	+ 8.8	8 m	100	78	3.3	0.5	22
18	734	0 m	728	12 s	+10.7	11 m	+ 7.6	8 m	83	48	2.5	0.8	14

MALADIES RÉGNANTES. — Il a été enregistré pendant la 46e semaine de 1893, 155 décès, au lieu de 145 survenus la semaine précédente.

Il n'y avait eu pendant la période correspondante de 1892 que 101 décès, chiffre tout à fait exceptionnel à Lyon.

Les maladies aiguës des voies respiratoires (bronchites, fluxions de poitrine, broncho-pneumonies) deviennent prédominantes.

Les grippes sans localisations sérieuses sont assez nombreuses, mais elles laissent toujours en imminence morbide ceux qui sont frappés.

Les aggravations chez les catarrheux les phymiques, les cardiaques, se multiplient avec les variations de température par lesquelles nous passons.

La diphtérie reste la plus meurtrière, sinon la plus fréquente des maladies zymotiques actuellement observées. Il existe un foyer assez intense dans la partie nord-ouest du 1er arrondissement.

La fièvre typhoïde et la scarlatine sont avec la diphtérie les seules maladies infectieuses ayant occasionné des décès cette semaine.

Sur les 155 décès hebdomadaires (100 en ville, 55 dans les hôpitaux civils), 28 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 15 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 18 novembre 1893, on a constaté 155 décès :

Fièvre typhoïde....	4	Catarrhe pulmonaire	12	Affections du cœur.	12
Variole..........	0	Broncho-pneumonie	5	— des reins....	3
Rougeole.........	0	Pneumonie........	4	— cancéreuses.	11
Scarlatine..	2	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	11
Érysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	23	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	6	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	2
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	2	Aut. causes de décès	25
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	16		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	5	Naissances.......	153
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessous de 2 a.)	1	Mort-nés	16
Bronchite aiguë...	4	Cirrhose du foie....	1	Décès	155

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET CHEZ L'ACCOUCHÉE (1);

Par Ch. Vinay, agrégé, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Nous étudierons successivement les symptômes et la marche de la fièvre typhoïde pendant la grossesse et pendant les suites de couches, nous signalerons également la transmission de la maladie à l'enfant, c'est-à-dire la fièvre typhoïde fœtale.

I. — Fièvre typhoïde de la grossesse.

Lorsque les travaux de Louis eurent dégagé la fièvre typhoïde du chaos des fièvres continues et lui eurent donné l'individualité clinique qu'elle a gardée depuis, on s'occupa des modifications que cette pyrexie pouvait éprouver sous l'influence de la grossesse. Il y eut deux courants parmi les observateurs : les uns avec Cazeaux, Forget, croyaient que l'état de gravidité ne modifiait en rien l'aptitude à contracter cette maladie, les autres, avec Niemeyer, Rokitansky, admettaient une sorte d'immunité pendant la durée de la gestation.

Les faits nombreux recueillis pendant les cinquante dernières années ont donné raison à Cazeaux et ont montré la justesse de son pronostic quand il affirmait que la fièvre typhoïde détermine souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Quelques médecins, il est vrai, croient à une immunité relative, ainsi Gusserow, sur 1,420 cas observés à Vienne, n'a rencontré que 48 femmes enceintes, soit 3,3 pour 100 ; Zuelzer à Vienne admet un chiffre moindre, soit 1,3 pour 100. Enfin, la proportion de Martinet qui est basée sur 460 femmes enceintes, s'élève à 3,5 pour 100. Il serait facile de contester les chiffres de Gusserow et de Zuelzer puisqu'ils s'appliquent indistinctement aux hommes comme

(1) Extrait d'un Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches qui paraîtra prochainement à la librairie J.-B. Baillère et fils, Paris.

aux femmes ; mais il est inutile de distinguer la fréquence plus ou moins grande de la pyrexie pendant la gestation, il suffit que son existence soit certaine pour étudier l'influence que peuvent avoir l'une sur l'autre ces deux conditions.

I. *Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde.* — Puisque la fièvre typhoïde peut survenir chez une femme enceinte, comment se traduira la marche de la maladie, sera-t-elle aggravée, le pronostic deviendra-t-il plus sombre ? S'il fallait en croire Griesinger, Spiegelberg, Liebermeister et autres, la fièvre serait toujours aggravée et la mortalité bien supérieure à ce qu'on observe en dehors de la gravidité, elle s'élèverait, d'après eux, à 40 pour 100. Mais une proportion aussi grande est loin de correspondre à la réalité ; son erreur fondamentale est d'être basée sur un nombre de faits insuffisants.

Si nous réunissons les observations rapportées dans quelques travaux d'ensemble, nous voyons que Barratte donne 94 cas empruntés à différents auteurs avec 12 morts ; Martinet 16 cas personnels avec 16 guérisons ; Murchison 14 cas avec 4 morts ; Brieger 59 cas avec 16 morts, soit 183 cas traités par les procédés les plus divers avec 32 morts, ce qui fait une moyenne de 17 pour 100 en chiffres ronds. Nous laissons intentionnellement de côté tous les faits relatifs aux fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, nous les rapporterons plus loin avec quelques détails.

Ce chiffre de 17 pour 100 n'a rien d'excessif et l'on comprend que Murchison, Martinet et Brieger soient unanimes pour admettre que l'état de grossesse ne constitue nullement pour la dothiénentérie une cause d'aggravation. C'est également notre avis, d'après les quelques cas qu'il nous a été donné d'observer. On rencontre chez les femmes enceintes les formes diverses et la gravité variable qui existent en dehors de la grossesse ; leur état n'est nullement une circonstance aggravante, quelle que soit l'époque où la maladie apparaisse. Le début de la gestation, pas plus que l'approche de la délivrance, ne modifie la marche de la pyrexie et n'en aggrave le pronostic.

II. *Influence de la fièvre typhoïde sur la gestation.* — Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître la fréquence de l'avortement tout en faisant remarquer que cette fré-

quence est moindre que dans la variole, la pneumonie et la scarlatine grave.

Voici quelques statistiques :

Liebermeister . .	18 cas	15	avortements, soit	83	p.	100
Zuelzer	24 —	14	—	58		—
Kaminsky. . . .	87 —	54	—	62		—
Brieger	78 —	53	—	68		—
Martinet.	109 —	66	—	60		—
Sacquin.	310 —	199	—	64		—

Nous ne voulons pas additionner ces chiffres parce qu'un certain nombre d'entre eux font double emploi, nous nous bornerons à faire remarquer que la grossesse est interrompue à peu près dans les deux tiers des cas, exactement dans 65 pour 100 en moyenne.

La fréquence de cette interruption varie nécessairement avec la gravité des épidémies. « Dans mon hôpital, écrit Griesinger, j'eus 5 cas de fièvre typhoïde chez des femmes enceintes ; toutes les 5 avortèrent, 3 moururent. Dans l'épidémie de Vienne (1859), la fièvre typhoïde ne fut observée dans ces conditions que 3 fois, il y eut 3 avortements. »

« Au contraire, dans l'épidémie de 1858, sur 12 femmes enceintes, 3 seulement avortèrent et il y eut un accouchement prématuré au septième mois. »

L'avortement semble se produire avec plus de fréquence pendant le deuxième septénaire de la maladie ; sur 26 cas rapportés par Sacquin, dans lesquels on a pu noter exactement l'époque de cet accident, nous trouvons :

3	cas.	1er septénaire.
11	—	2e —
5	—	3e —
1	—	4e —
1	—	rechute.
5	—	au début de la convalescence.

L'avortement à une époque tardive semble influencé par le traitement, ainsi chez les femmes traitées par les bains froids il survient assez fréquemment pendant le décours de la maladie, vers la quatrième semaine, alors que la convalescence est manifeste.

On a affirmé que cet accident se produisait de préférence lorsque les malades se trouvent au début de leur grossesse, pendant les premiers mois, tandis que les femmes atteintes dans la seconde moitié seulement voyaient la gestation continuer et accoucher à terme. Mais rien n'indique que le fait soit exact, la persistance ou l'interruption de la grossesse ne dépendent nullement de l'époque à laquelle éclate la maladie ; sur 5 cas observés par Brieger pendant les quatre premiers mois, il n'y eut qu'un seul avortement.

La condition véritable qui détermine l'interruption de la grossesse, c'est la gravité de la pyrexie ; dans les formes graves avec phénomènes adynamiques, température élevée et délire, l'avortement est presque fatal ; tandis qu'il est plutôt rare dans les formes moyennes et bénignes, et même dans ces conditions fovorables, l'observe-t-on quelquefois.

Si, d'une façon générale, la fréquence de l'avortement est proportionnel à la gravité de la fièvre, on rencontre parfois des exceptions singulières. Ainsi une malade de Körber, arrivée au quatrième mois, fut atteinte d'une fièvre typhoïde grave et traitée par les bains froids ; dans le décours de la maladie, elle eut une bronchite intense ; vers le trente-quatrième jour, elle présenta des symptômes de pérityphlite ; au quarante-unième jour une trombose de la veine saphène ; au quarante-deuxième jour un ictère catarrhal avec diarrhée violente ; au cinquante-sixième jour, elle fut atteinte de pneumonie croupale et la convalescence n'arriva qu'après une durée de cent quarante jours. Malgré ces complications successives, cette femme n'eut aucune interruption de la grossesse, elle accoucha à terme.

Nous ne pensons pas davantage que la nature du traitement adopté puisse avoir une influence sérieuse, quoiqu'on en ait pu dire ; nous voyons dans la statistique de Brand que lorsque la fièvre typhoïde est traitée par les bains froids, l'avortement se produit près de 4 fois sur 5 (17 fois sur 22). Voici du reste cette statistique à laquelle nous ajouterons quelques chiffres pris dans la pratique de médecins lyonnais et dont quelques-uns nous sont personnels.

Auteurs	Fièvres typhoïdes	Avortem.	Sans Avortem.	Terminaison Mort	Terminaison Guérison
Merkel........	1	1	»	»	1
Behrens	1	1	»	»	1
Brand	4	2	2	»	4
Scholtz	1	1	»	»	1
Bron	1	1	»	»	1
Liebermeister. .	5	5	»	1	4
Körber	9	6	3	2	7
Brieger.......	9	4	5	»	9
Bouveret......	4	1	3	»	4
Mollière	4	1	3	»	3
Vinay	5 (1)	3	2	»	5
Lacour	1	1	»	»	1
Vincent.......	3	1	2	»	3
Rondet	1	»	1	»	1
Bard	1	»	1	»	1
Drivon........	1	»	1	»	1
Devic.........	1	»	1	»	1
	52	28	24	3	49

(1) Sur ces 5 cas, un a été vu en consultation avec le docteur Magnin, un autre avec le docteur Bruyère.

Il résulte clairement des chiffres ci-dessus que si le bain froid modifie avantageusement la maladie maternelle, puisque la mortalité est descendue de 17 à 6 pour 100, il n'a guère d'influence appréciable sur la persistance de la grossesse, l'avortement est survenu dans 55 pour 100 des cas, c'est une proportion qui diffère à peine de celle qui est indiquée par les anciens auteurs (65 pour 100) en l'absence de tout traitement hydrothérapique.

Il est vrai que l'avortement, à l'inverse de ce que l'on observe dans la variole, la pneumonie ou le choléra, n'a généralement pas de retentissement fâcheux sur la marche de la maladie.

Cette influence de l'avortement sur l'évolution de la pyrexie a été interprétée de deux façons bien différentes. Cazeaux, Martinet pensent que la maladie perd de sa gravité du fait de l'expulsion fœtale. Stolz est presque du même avis, tandis que Griesinger, Gusserow, Grisolle, considèrent cette éventualité comme défavorable, la marche de la maladie en est aggravée, et la femme devient plus facilement la proie de la septicémie puerpérale.

Pour apprécier exactement l'influence de l'avortement, il est nécessaire de considérer dans quelles formes de la pyrexie il se produit. Lorsque la maladie est de forme moyenne, l'évacuation de l'utérus est le plus souvent un accident heureux ; chez une de mes malades, la délivrance coïncida avec la défervescence et la cessation de la fièvre.

Par contre, si la forme est sévère et que l'avortement se produise au milieu de phénomènes d'adynamie, il est peu probable que la libération anticipée de l'utérus améliore l'état général. La situation de la patiente est analogue à celle des femmes atteintes de variole confluente, de pneumonie ou de choléra et qui avortent, leur état en est plutôt aggravé, et la mort survient peu après.

Le danger véritable de l'interruption de la grossesse, c'est la facilité avec laquelle surviennent les complications septicémiques. Dans sa thèse inaugurale, Duhaut a justement insisté sur l'existence et la gravité de ces complications ; il a rappelé les faits de Hecker, de Gusserow, de Fränkel, qui prouvent la coexistence des deux infections ; il donne en outre un nouveau cas tiré de la pratique de Spillmann, dans lequel, à la suite de l'avortement, s'est déclaré un commencement de septicémie dû à la rétention placentaire qui n'a cédé que devant des soins antiseptiques énergiques.

Lorsque l'avortement est imminent, il est souvent précédé d'un frisson suivi d'un redoublement de fièvre, puis survient une métrorragie qui est parfois abondante bientôt suivie des douleurs qui déterminent l'expulsion de l'œuf. Quand elle est considérable, cette hémorragie s'accompagne d'un brusque abaissement de la température, Gusserow l'a vu dans un cas descendre à 35 degrés centigr. Le collapsus est en rapport avec la perte de sang, et quand il est marqué, c'est toujours une condition fâcheuse pour l'évolution ultérieure de la maladie.

Plus fréquemment on rencontre, pendant un jour ou deux, des douleurs abdominales légères, intermittentes, elles augmentent graduellement d'intensité et de fréquence, elles se rapprochent et deviennent continues ; il survient alors un écoulement de sang peu abondant qui est l'indice du décollement de l'œuf et, au bout de quatre à cinq heures, l'expulsion de ce produit a lieu.

La plupart des fœtus qui naissent avant le septième mois sont déjà morts; mais, dans l'accouchement prématuré, les deux tiers des enfants naîtraient vivants, d'après Sacquin. Il est vrai qu'une grande partie d'entre eux ne tarde pas à succomber; sur 30 enfants nés avant terme, 10 seulement ont survécu.

Grisolle a cité une observation dans laquelle la mort de la mère survint avant qu'il se fût produit un accouchement prématuré.

L'avortement, dont la fréquence contraste avec la terminaison presque toujours favorable de la maladie principale, au moins chez les malades baignées, n'est pas toujours déterminée par le même mécanisme.

Nous nous sommes expliqués précédemment sur l'influence attribuée par les Allemands à l'hyperpyrexie, nous y renvoyons le lecteur. Quelques auteurs, comme Goldtammer et Zuelzer, ont invoqué l'existence d'une métrite hémorragique analogue à celle que Slavjanski a décrite chez les femmes atteintes de choléra, mais cette altération primitive de la caduque est une simple hypothèse, et Gusserow, qui l'a cherchée, ne l'a jamais rencontrée. Sans doute, il existe des métrorragies véritables au cours de la fièvre typhoïde, mais seulement lorsque l'avortement va se produire; les hémorrhagies de cette sorte, loin d'être la cause de cet accident, en sont le premier symptôme; elles résultent du décollement du placenta et des membranes. On a parlé de l'épistaxis utérine de Gubler et on a voulu lui accorder une importance dans l'interruption de la grossesse; il est facile de faire remarquer que cette épistaxis n'existe pas chez les femmes enceintes et que, chez les autres, elle apparaît au début de la fièvre, tandis que les hémorragies qui précèdent la fausse couche sont un phénomène tardif qui survient rarement avant le deuxième septénaire et parfois pendant la convalescence.

La cause réelle de l'interruption de la grossesse est l'intoxication qui résulte de la fièvre. Les produits toxiques sécrétés par les agents pathogènes agissent à la fois sur le fœtus dont elles déterminent la mort et sur l'utérus dont elles provoquent les contractions.

TRAITEMENT. — Le développement de la fièvre typhoïde

chez une femme enceinte ne comporte aucune indication spéciale par le fait de la gravidité. L'hygiène, le régime et la médication sont les mêmes qu'en dehors de cet état. C'est dire que nous conseillons, comme traitement à peu près exclusif, la méthode hydrothérapique. Les travaux déjà nombreux de l'Ecole lyonnaise parus depuis plus de vingt ans sur ce point spécial ont démontré, à la fois, l'efficacité et la supériorité des grands bains froids chez les fébricitants en général et chez les typhiques en particulier.

Sans vouloir revenir sur une discussion qui nous paraît close, nous nous bornerons à rappeler que les avantages de cette méthode sont les suivants : abaissement régulier de la température, diurèse abondante, disparition de l'adynamie et du délire, meilleur état des forces, sommeil, possibilité d'une alimentatiom réparatrice, convalescence rapide, etc.

La formule qui a donné les meilleurs résultats èst celle de Brand qui consiste, comme on le sait, à donner, toutes les trois heures, un bain d'un quart d'heure de durée, dans de l'eau à 20 degrés centigrades, lorsque la température du fébricitant atteint 39 degrés. Je conseille d'adopter cette méthode ou de s'en rapprocher autant que possible, toutes les fois que la forme est grave et chez toutes les femmes qui la supporteront sans trop de répugnance. Je ne disconviens pas que, chez certaines d'entre elles, cette méthode ne présente des inconvénients de plus d'une sorte : la sensation du froid est trop vive, le bain d'un quart d'heure est trop long, la réaction se fait mal, il y a des menaces de collapsus, l'impression de l'eau provoque de la toux, de la dyspnée, des douleurs névralgiques, etc. On doit alors apporter quelques tempéraments à une formule trop inexorable.

Les variantes qu'on peut adopter sont des plus diverses; le bain d'un quart d'heure à 26, 28 degrés centigrades ou, ce qui est préférable, le bain de 8 à 10 minutes à 20 degrés, ou le demi-bain avec affusions froides et frictions, ou encore le bain à 30 degrés progressivement refroidi à 20-18 degrés centigrades. Une pratique déjà longue m'a montré qu'avec ces modifications on peut obtenir souvent un abaissement suffisant de la chaleur fébrile, une modification favorable de l'adynamie, une sédation des symptômes nerveux et une diurèse abondante. Pour ma part, j'adopte une méthode

mitigée chaque fois que les bains d'un quart d'heure, à 20 degrés, ne peuvent être tolérés, et je crois que, chez la femme enceinte, cette indication se rencontre assez fréquemment. Mais il est entendu que si la forme est sévère, et l'adynamie prononcée, s'il existe du délire, rien n'égale les résultats que donne la méthode de Brand employée dans toute sa rigueur.

La statistique que j'ai donnée plus haut montre bien que, pendant la grossesse, comme en dehors d'elle, la méthode hydriatique est supérieure aux différentes médications qu'on a proposées comme traitement de la fièvre typhoïde.

Sur les 51 cas qu'elle comprend, il n'y a eu que 3 morts, 1 de Liebermeister et 2 de Körber; toutes les femmes grosses traitées par les médecins lyonnais ont invariablement guéri.

L'influence du bain froid sur la persistance de la grossesse est par contre beaucoup moins évidente, comme j'ai déjà eu l'occasion de l'indiquer, et son efficacité si manifeste sur la maladie maternelle reste nulle ou à peu près vis-à-vis de l'enfant, l'avortement survient avec une fréquence presque égale, quelle que soit la médication employée. Dans la statistique de Brand, cette fréquence s'est élevée à près de 80 pour 100, c'est-à-dire à un chiffre qui n'a été atteint par aucun des auteurs qui ont donné des statistiques sur la coïncidence de la fièvre typhoïde avec la grossesse. Les résultats que nous avons obtenus à Lyon sont meilleurs assurément, mais si l'on entre dans le détail des observations, on voit que la plupart de ces malades n'étaient que faiblement atteintes et que la persistance de la grossesse doit être attribuée surtout au peu d'intensité des symptômes plutôt qu'à la médication.

Lorsqu'une femme avorte au cours de la fièvre typhoïde, on doit continuer les bains tant que persiste l'élévation de la température. La conduite à tenir est la même que dans les cas où la fièvre n'apparaît que pendant le puerpérium; la période des couches ne constitue pas une contre-indication par elle-même. On peut laisser tout au plus à la malade une journée de répit, d'autant mieux qu'à la suite de l'accouchement, il survient fréquemment une défervescence de la fièvre, mais dès que la température remonte, il est nécessaire de revenir au traitement antérieur.

Si l'on croit nécessaire, au cours de la grossesse, d'adjoin-

dre quelques médicaments à l'usage des bains froids ou si, délaissant ces derniers, on est dans la nécessité d'user des substances médicamenteuses, on aura soin d'écarter du traitement tous ceux qui ont quelque influence sur la fibre musculaire de l'utérus et qui pourraient favoriser l'avortement, comme l'ergotine, la quinine, l'acide salicylique et les salicylates. Il est préférable d'user de l'alcool, de l'antipyrine (2 à 3 grammes par jour) et du benzonaphtol.

II. — Fièvre typhoïde fœtale.

La transmission de la maladie maternelle au produit de la conception a été constatée depuis longtemps.

Déjà en 1841, dans une communication à l'Académie de médecine, Manzoni affirmait qu'il avait trouvé des altérations des follicules clos dans l'intestin d'un enfant né à sept mois et mort vingt à trente minutes après sa naissance.

Charcellay a publié un cas analogue chez un enfant qui mourut huit jours après sa naissance. A l'autopsie, il trouva des ulcérations nombreuses des follicules clos et tellement avancées qu'on pouvait considérer le début de la maladie comme antérieur de plusieurs jours à celui de la naissance. Weiss a rapporté un exemple identique.

La découverte du bacille d'Eberth a permis de porter plus loin les investigations, de démontrer la possibilité de l'infection du fœtus par le virus maternel et d'étudier la fréquence de cette infection, car, à vrai dire, les altérations des glandes de l'intestin sont exceptionnelles, et Gusserow qui les a cherchées ne les a jamais rencontrées; il est facile de comprendre cette rareté puisque les agents de l'infection sont transmis au fœtus, non plus par les voies digestives, mais par la veine ombilicale.

En 1886, Chantemesse et Widal ont retrouvé le bacille typhique dans le sang du placenta, et en ont obtenu des cultures. Enfin, après l'avoir inoculé à des femelles pleines, ils l'ont toujours retrouvé à l'état de pureté dans les eaux de l'amnios et les organes du fœtus. Eberth a pu examiner un fœtus âgé de cinq mois provenant d'une femme atteinte de la dothiénentérie. Avec le sang du cœur, le suc de la rate et le tissu pulmonaire, il obtint, par des cultures méthodi-

ques, des bacilles qui avaient tous les caractères du bacille spécifique. Gaglio est arrivé à des résultats analogues avec le fœtus d'une femme qui avorta au troisième mois.

Il est donc démontré que le bacille de la mère peut se transmettre à l'enfant *in utero*, mais nous ignorons encore si ce passage est un fait constant ou s'il ne s'agit que d'un accident se produisant dans des circonstances déterminées.

Il est vraisemblable que lorsque le produit de la conception est déjà mort au moment de sa naissance, il a été tué par le germe même de la fièvre typhoïde, ou par les toxines qu'il sécrète, c'est le cas habituel dans les avortements. D'autres fois l'enfant naît vivant, mais faible et ne tarde pas à succomber, ou bien encore il vit, mais présente certains troubles nerveux comme de la débilité intellectuelle, de l'affaiblissement de la mémoire, de la surdité; Corbin a rapporté quelques faits de ce genre qui sont relatifs à des enfants nés pendant la fièvre typhoïde de leur mère. Ici encore on peut invoquer une atteinte plus ou moins profonde du fœtus par le poison typhique et l'influence de la maladie maternelle semble bien vraisemblable.

Nous ignorons les conditions prochaines qui permettent l'envahissement de l'organisme fœtal par les bacilles qui se trouvent dans l'organisme maternel. Malvoz pense, comme nous l'avons vu, que le microorganisme ne franchit le placenta qu'à la faveur d'altérations histologiques des villosités choriales. Il est possible, comme l'indique Duhaut, que la lésion qui ouvre au microbe la porte de l'organisme fœtal, c'est le microbe lui-même qui la produit en déterminant des colonies au niveau des villosités, en provoquant des congestions qui amènent une desquamation épithéliale.

Il est certain qu'une pareille théorie explique mieux les cas dans lesquels l'infection ne se produit pas; ce sont les cas légers, ceux qui se présentent avec une atténuation dans le nombre et la virulence des agents pathogènes. Il faut bien convenir que, même lorsqu'il y a passage du bacille dans l'organisme de l'enfant, les lésions placentaires ne sont pas absolument fatales, Widal a rapporté une observation de cette sorte.

III. — Fièvre typhoïde des suites de couches.

La fièvre typhoïde qui existe après l'accouchement peut être la simple continuation d'une fièvre qui est survenue pendant la grossesse et en a provoqué l'interruption. Ces faits ont été étudiés déjà dans le paragraphe précédent et nous n'y reviendrons pas.

Beaucoup plus rarement, la maladie ne se développe que pendant les premiers jours du puerpérium. Après un intervalle variable d'apyrexie complète, de deux à huit, dix jours, on voit la température s'élever, le pouls s'accélérer, l'appétit disparaître et l'état général s'aggraver sans qu'on trouve, du côté des organes génitaux, des modifications appréciables qui puissent expliquer ce changement subit et imprévu.

La première idée qui vienne à l'esprit de l'accoucheur est celle d'une complication septicémique; actuellement surtout, avec les pratiques de l'asepsie, les infections tardives sont peut-être plus fréquentes qu'autrefois et l'impression première que donne l'apparition de la fièvre chez une accouchée récente est celle d'une infection puerpérale.

Le diagnostic est des plus délicats, car les symptômes intestinaux sont généralement nuls au début de la fièvre typhoïde, il y a de la constipation, et le volume de l'utérus empêche la recherche du gargouillement iléo-cœcal, il est cependant de la plus haute importance d'établir un diagnostic hâtif afin d'instituer aussitôt que possible le seul traitement qui permette de combattre une forme généralement grave de la pyrexie.

Symptômes. — On pourra cependant penser à une fièvre typhoïde lorsque la marche de l'accouchement a été régulière, qu'il n'existe dans une Maternité, par exemple, aucun cas de fièvre puerpérale, que l'antisepsie a été pratiquée avec soin et que l'écoulement des lochies, le gonflement des seins n'ont subi aucune modification. Dans les grandes villes où la fièvre typhoïde présente une fréquence assez grande pendant les mois d'été, on devra tenir compte dans une certaine mesure de cette particularité locale.

Le début est insidieux, sans malaises brusques, *sans frissons*, sans douleurs dans le bas-ventre. Les lochies ne sont pas fétides, l'involution utérine a subi sa marche normale,

un examen local pratiqué avec soin montre l'absence de tuméfaction et de symptômes douloureux au niveau des culs-de-sac, du corps utérin et des ligaments larges. La céphalalgie est assez fréquente, il peut survenir des épistaxis et des bourdonnements d'oreille.

Le pouls ne suit pas d'une façon aussi constante les modifications que subit la température, tandis que dans la fièvre puerpérale grave, le pouls est toujours mauvais, son accélération est constamment proportionnelle à l'élévation de la température et parfois la dépasse. Ajoutons encore que la courbe thermométrique ne présente pas les oscillations qu'on rencontre dans les phlébites et les salpingites puerpérales.

Vers la fin du premier septénaire, la situation devient plus nette en raison de l'apparition de la diarrhée, de l'existence des taches rosées, des fuliginosités des lèvres, de la stupeur, de la surdité, mais, à ce moment la difficulté résulte souvent de ce que la fièvre typhoïde se complique d'une infection puerpérale, de sorte qu'il est malaisé d'établir ce qui revient à chacune de ces deux affections.

Généralement la mortalité est grande, quelle que soit la méthode de traitement adoptée. Körber, sur 10 malades, en a perdu 5, et Liebermeister 3 sur 7 ; c'est presque une mortalité de 50 pour 100 ; le seul cas que j'aie observé s'est terminé par la mort. Brand explique cette gravité par ce fait qu'il est généralement difficile de faire un diagnostic précis de bonne heure. Il est plus simple et semble plus rationnel de considérer la puerpéralité comme une condition qui aggrave la fièvre typhoïde. En raison de l'isolement des accouchées, l'infection se produit antérieurement à l'accouchement et ce dernier survient au milieu de la période d'incubation. Il est vraisemblable que les douleurs qui accompagnent la parturition, le traumatisme qui en est inséparable, de même que l'hémorragie de la délivrance, sont des causes qui diminuent la résistance des sujets et modifient le terrain sur lequel va se produire la pyrexie. Enfin, il faut tenir compte de la complication possible d'une infection puerpérale, mais indépendamment de celle-ci, le pronostic de la fièvre typhoïde chez les accouchées est particulièrement grave.

Traitement. — Pendant les suites de couches, le traite-

ment est le même qu'avant l'accouchement et ni l'écoulement des lochies, ni la présence d'un utérus en involution, ni le gonflement des seins, ni même l'existence de complications septicémiques ne sont un obstacle à l'emploi de la méthode hydrothérapique.

A mon avis, la péritonite généralisée est la seule contre-indication formelle des bains froids; même lorsqu'il existe une péritonite localisée ou qu'il s'est développé une inflammation de l'endométrium ou du paramétrium, on ne devra pas supprimer les grands bains, il faudra seulement les adapter à la force de résistance de la patiente; on pourra les adoucir en les rendant moins froids, moins prolongés et plus espacés, ou donner des bains progressivement refroidis ou se borner à des lotions et à des lavements. Dans des circonstances aussi complexes, lorsqu'une infection septicémique s'ajoute à l'infection typhique, il est bien difficile de donner des indications précises. Il en est de ces formes comme de celles que Brand désigne du nom de typhus dégénéré, qui n'est peut-être qu'un typhus compliqué d'une autre infection; ces associations microbiennes mettent à l'épreuve le tact et l'expérience du médecin et exigent de lui quelque ingéniosité dans l'emploi de l'eau froide. Comme le dit Juhel-Rénoy, « c'est dans ces cas que le vrai médecin se révèle, qu'il n'est plus cet automate qu'on veut faire du brandiste, qui inspectant le thermomètre, plonge un patient dans l'eau, tire sa montre méthodiquement et retire au bout d'un temps mathématique son malade. »

ACTION ET INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE;

Par M. le docteur COUETTE.

Suite. — (Voir le nº 48.)

ACTION DE LA FROIDEUR DE L'EAU.

Le rôle de la froideur de l'eau en hydrothérapie est fort complexe, difficile à débrouiller, car il demande à être dégagé de celui des facteurs collatéraux, et, en somme, assez mal connu.

Ce n'est pas que les travaux physiologiques manquent sur cette question ; malheureusement il semble que presque toujours on ait eu pour but d'étudier l'action du *froid* en général, surtout vif et prolongé. Puis, et par analogie seulement, on concluait à l'action de la froideur dans les applications hydrothérapiques usuelles, c'est-à-dire courtes et plus ou moins froides.

Ce n'est pourtant pas du tout la même chose ; et, croyez-le bien, la distinction que je fais ici, dès à présent, n'a rien de byzantin. Très grande en effet est la différence d'action hydrothérapique des applications courtes ou prolongées ; les premières ont pour but et pour résultat principal de provoquer une *réaction physiologique*, tandis que les secondes tendent toujours plus ou moins à limiter, endiguer ou étouffer cette réaction. Les unes sont surtout excitantes, hypersthénisantes et hypernutritives ; les autres sédatives, hyposthénisantes et résolutives.

Dans les traités d'Hydrothérapie, c'est pourtant et presque toujours l'action du froid vif et prolongé que l'on décrit et sur laquelle on se base, au chapitre de la physiologie hydrothérapique. Ah ! si la physiologie de la véritable hydrothérapie y était étudiée et développée avec autant de soin que le récit glorieux des cures merveilleuses procurées par l'eau froide, nous serions certes amplement renseignés. Mais chaque expérimentateur semble avoir voulu faire bouchée double, et, comme pour aller plus vite, forçait la dose, étudiait l'action de l'eau très froide et longtemps appliquée, ce qui n'était pas la question.

Que pouvons-nous conclure en effet des expériences de Fleury trempant sa main dans l'eau très froide pendant 15, 20 et 30 minutes, ou encore supportant une douche de 5 minutes, lui qui insiste tant et si justement sur le danger des douches trop longues, sur l'efficacité toujours suffisante des douches courtes ? De celles de Bégin dans la Moselle, ou d'Herpin dans l'Arve, prolongeant leurs expériences jusqu'à l'extrême limite de leur tolérance ?

Magendie, plongeant des lapins et des chiens dans un mélange réfrigérant, et notant de combien s'abaissait leur température avant que mort s'ensuivit, n'avait rien de bien hydrothérapique, on en conviendra.

Voilà pourtant ce qu'on trouve répété dans tout traité d'Hydrothérapie qui se respecte : c'est d'ailleurs la source où j'ai puisé ces renseignements.

Winternitz, à la vérité, autant que me permettent d'en juger mes faibles connaissances en langue allemande, a dirigé plus rationnellement ses expériences ; mais elles se rapportent plus spécialement aux pratiques de l'hydrothérapie allemande (demi-bains avec frictions, enveloppements humides, etc.), si différente par la longueur des procédés, de l'hydrothérapie française, caractérisée par la vivacité et la rapidité des applications.

Delmas lui-même fait la plupart de ses recherches avec des douches de 5 minutes, ce qui modifie sensiblement les résultats, et, sans doute, les rend si peu démonstratifs.

Aussi faut-il avouer que les notions acquises sont loin de répondre à la somme des efforts dépensés. Il est nécessaire pourtant que l'hydrothérapie suive le mouvement qui tend de plus en plus à baser la thérapeutique sur la physiologie. Celle-ci, mieux connue pour l'eau froide, ne pourrait-elle d'ailleurs nous expliquer, non seulement ces cures merveilleuses dont on exulte, mais encore ces lamentables insuccès dont on ne dit mot, qui engendrent bien à tort le scepticisme, et auxquels on pourrait sans doute espérer porter remède.

Pour moi, je m'en tiendrai à l'étude de l'action du froid dans les applications hydrothérapiques usuelles, c'est-à-dire courtes. Du coup, j'élimine de mon sujet les actions *antiphlogistique*, *sédative*, *résolutive*, etc., produites par les applications prolongées, l'irrigation continue, etc. Ces notions peuvent trouver leur place dans un traité didactique sur l'emploi de l'eau froide en médecine et en chirurgie, mais elles relèvent plutôt, soit de la physiologie générale du froid, soit de la balnéation, que de l'hydrothérapie proprement dite. De même pour certains procédés, comme l'*emmaillottement humide*, dont l'action provient bien plus de la chaleur humide, secondairement développée par l'eau froide, que du froid lui-même.

Dans toute application hydrothérapique, froide et courte, il y a à considérer d'abord l'*impression extérieure*, c'est-à-dire les phénomènes physico-physiologiques produits sur l'enveloppe cutanée, qui sont le point de départ et la cause

première de tout ce qu'on observera par la suite et qui préparent la *réaction;* c'est ensuite le retentissement immédiat de cette impression, et de la sensation qui en résulte, sur les organes centraux et les grandes fonctions; puis c'est la *réaction physiologique*, c'est-à-dire le mode de retour, d'abord oscillatoire, des fonctions perturbées à la normale, qui précède immédiatement la *réaction organique*, ou récupération lente et progressive de cet état normal par une modification fonctionnelle appropriée de chaque organe. Enfin, pour terminer, nous envisagerons les résultats lointains, lentement accumulés et d'ordre thérapeutique, des applications répétées d'eau froide.

Effets primitifs des applications froides. — Je ne m'étendrai pas sur l'impression physique et les phénomènes cutanés que provoque immédiatement toute application froide : chacun les connaît par expérience, ou peut en lire la description dans un Traité d'Hydrothérapie quelconque. Ils varient d'intensité d'après la froideur de l'eau et l'impressionnabilité individuelle, mais restent. toujours analogues, pourvu que l'eau soit *hypothermale.*

C'est en somme une constriction générale du système musculaire lisse cutané, accompagnant une excitation non moins générale des papilles et du réseau nerveux sensitif; d'où ces conséquences directes : pâleur, anémie, durcissement et chair de poule de la peau qui se rétracte; anesthésie relative de la surface tégumentaire, avec sensation intense de refroidissement périphérique.

On a disserté, sans que la question fût de grande importance, pour savoir si le spasme cutané était le résultat direct du contact de l'eau froide, ou un acte réflexe constricteur.

Des moyens purement physiques (percussion, froid, électricité) peuvent certainement mettre en jeu la contractilité musculaire, en dehors de toute excitation nerveuse réflexe. Toutefois, en l'espèce, je pense que l'instantanéité, la généralisation du phénomène en dehors des zones directement intéressées, que sa nature même, puisque cette constriction est déjà un acte vital réactionnel de défense de l'organisme, je pense, dis-je, que tout cela indique plutôt un ensemble d'actes réflexes, provenant peut-être directement des petits ganglions intra-dermiques. Remontant plus haut, l'excita-

tion nerveuse rencontre et impressionne des centres plus importants, qui la réfléchissent plus généralisée.

Quoi qu'il en soit, le contre-coup de ces premiers incidents se fait sentir du côté des centres et par une augmentation hydraulique de la pression sanguine, et par une modification réflexe dans l'état et le fonctionnement des organes. La réplétion sanguine centrale, jointe à l'action sur le pneumogastrique, se traduit par des phénomènes cardio-pulmonaires très appréciables, souvent même mesurables : sensation d'angoisse, de suffocation avec respiration haletante, saccadée, résultat d'un spasme respiratoire ; suspension très courte, par inhibition, des contractions cardiaques, suivie d'un retour tumultueux et irrégulier de celles-ci, avec petitesse, fréquence et dureté du pouls.

Du côté des centres nerveux, il est impossible de préciser ou d'exposer en détails les modifications qui peuvent être produites ; elles sont réelles cependant et des plus importantes, puisque c'est en somme la vibration fonctionnelle des organes nerveux centraux qui se répercute sur l'ensemble de l'organisme pour y déterminer les phénomènes d'abord défensifs réflexes, puis réactionnels qu'on observe.

Concevrait-on d'ailleurs qu'un ébranlement sensitif, tel qu'en produit une application froide générale sur l'ensemble du réseau nerveux cutané, puisse ne pas agir énergiquement sur le centre récepteur de cette sensation, se propager même aux centres voisins, psychiques, excito-moteurs et sensitivo-sensoriels, pour perturber plus ou moins le mode de fonctionnement de chacun d'eux ?

Les modifications dynamiques des centres nerveux produites par l'eau froide sont donc indubitables ; elles sont même, selon toute apparence, des plus importantes, bien qu'aucun instrument de mesure ne nous permette de les évaluer avec précision.

Des troubles fonctionnels de nature circulatoire et nerveuse, s'observent également du côté des divers organes intra-abdominaux ; mais ils sont mal connus, fort difficiles à observer expérimentalement, et tout ce que nous pouvons en dire, c'est que leur existence, au moins accidentelle, est démontrée par certains incidents d'observation journalière : mictions, évacuations stercorales ou lithiasiques, pertes utérines, etc.

Enfin la calorification centrale subit une oscillation toute particulière sous l'influence de l'eau froide : c'est, pendant l'application même, et comme je l'ai démontré (1), une élévation immédiate et très momentanée de la température centrale. Elle n'est pas, bien certainement, le résultat d'une *thermogénèse instantanée*, comme certains l'admettent, mais bien plutôt du spasme vasculaire cutané qui, supprimant brusquement les échanges circulatoires et par suite caloriques qui s'effectuent habituellement et normalement entre les centres et la périphérie, suspend cette diffusion incessante vers l'extérieur de la température centrale, et, par cela même, élève *par rétention* cette température.

Je résumerai ce que produit tout d'abord une application froide en disant que, sous l'attaque de cette offense extérieure, l'organisme tout entier fait son branle-bas de combat, prend une position de défense physiologique : la peau se cuirasse, s'anémie et s'anesthésie, pour résister mieux à l'impression pénible et protéger le reste de l'organisme contre la soustraction de calorique; le cœur, les poumons, les divers organes suspendent, modifient, renforcent leur fonctionnement afin de répondre aux besoins nouveaux de la situation.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 29 novembre 1893. — **Présidence de M. Arloing.**

M. Poncet, à propos du procès-verbal, donne son avis sur la cure radicale des hernies. Ainsi que M. Pollosson, il déclare l'opération courante à l'Hôtel-Dieu dans son service. La thèse d'agrégation de Segond date de dix ans, elle a été excellente, mais elle a perdu la plus grande partie de son actualité au point de vue des indications opératoires. Le procédé classique, vulgarisé par Lucas-Championnière, a pour base la suppression du sac. C'est celui qu'emploient généralement MM. Poncet et Jaboulay. Cette opération est innocente, quand on est sûr de son antisepsie. On doit différencier la hernie des jeunes sujets de celle des vieillards. Chez les premiers, où il s'agit de hernies congénitales à sac préformé, l'opération donne la plupart du temps une guérison définitive;

---

(1) Action thermique de l'eau froide en application hydrothérapique, in *Lyon Médical*, 1885.

la hernie de l'adulte, chez les gens à parois abdominales affaiblies, donne des résultats moins certains. Chez les vieillards c'est une opération mortelle souvent, non pas par péritonite, mais par broncho-pneumonie.

Passé 50 ans, il ne faut pas intervenir.

M. Girin, au nom de la Société, félicite M. Rollet de sa nomination à l'Institut comme membre correspondant.

M. Lépine, comme vice-président du Conseil académique, a été chargé de la préparation d'une série du congrès pour le mois d'octobre, au moment de l'ouverture des Facultés des lettres et de droit.

Il appartient à la Société de médecine de préparer un Congrès international de médecine. Ce Congrès ne dureraitque deux ou trois jours, et la Société pourrait mettre à l'ordre du jour deux ou trois questions d'ordre général. Le succès de ce Congrès est certain. On pourrait traiter des questions médico chirurgicales. Il ne faudrait pas faire un simple Congrès de médecine interne, il est important de réunir la médecine et la chirurgie.

M. Ollier ne doute pas du succès de ce Congrès, mais le mois d'octobre est un mauvais moment surtout pour les étrangers. En tout cas, la Société de médecine est un patronage indiqué, et le Congrès mixte de médecine et de chirurgie est de toute nécessité. Il est trop difficile maintenant d'amener à Lyon, pour 1894, le Congrès français de chirurgie, et de séparer ainsi la médecine de la chirurgie.

M. Lépine. La question est entière. La Société peut choisir l'époque qui lui conviendra. La fin d'octobre n'a d'autre motif que l'inauguration des bâtiments de l'Université. C'est le principe, le patronage de la Société de médecine qu'il faut mettre aux voix.

On vote que la Société nationale de médecine accepte le patronage d'un Congrès médico-chirurgical pour l'année prochaine.

La proposition est votée à l'unanimité.

M. Arloing insiste sur l'importance des fêtes universitaires d'octobre et recommande le choix de cette date.

LUXATIONS ANCIENNES IRRÉDUCTIBLES DU COUDE.

M. Ollier fait une communication sur la thérapeutique des luxations anciennes du coude. Dans ce but on a fait des résections, des réintégrations par sections des ligaments sous-cutanées ou à ciel ouvert. Dès 1847, Burkart avait appliqué ces sections de ligaments.

Comme conditions d'irréductibilité, c'est, bien plus que la date de la luxation, l'état des parties, la coexistence des fractures qu'il faut considérer. Il cite l'observation d'un jeune homme de 10 ans, ayant une luxation du coude datant de dix mois. On avait un coude rectiligne. La réduction

était impossible. On songeait à une fracture. Les os de l'avant-bras étaient portés en arrière, et le diamètre de l'humérus était beaucoup plus grand, de sorte qu'on avait tendance à dire : luxation et fracture simultanées.

En réalité, il y avait une large coulée osseuse qui partait de l'humérus et laissait le radius en arrière. On aurait cru à une fracture du condyle.

Dans cette luxation, la cupule du radius, portée en arrière, entraîne le ligament annulaire qui, en continuité avec le périoste de l'humérus, entraîne et décolle le périoste huméral. Celui-ci s'ossifie et forme une coulée osseuse, une seconde diaphyse qui emboîte la cupule du radius, qui glisse avec le cartilage.

Cela n'est signalé nulle part : « Ossification de la gaine périostique décollée; coulée huméro-radiale emboîtant la cupule et la fixant de façon irréductible. »

La réduction est impossible.

La résection permet seule un résultat orthopédique. Il faut une résection semi-articulaire (radius et cubitus étant sains) et étendue, pour éviter l'ankylose.

Le malade dont il a cité l'observation est opéré depuis peu. Le résultat ne peut être encore montré. Il suffit d'indiquer le mode opératoire, la nature de l'obstacle. Le mode de formation de l'irréductibilité secondaire est fatal.

Deux fois déjà des résections semblables ont été faites par M. Ollier chez de jeunes adolescents (c'est l'âge où le décollement du périoste est possible). Les résultats ont été excellents.

Pourtant il y a mieux à faire que la résection semi-articulaire.

Il faut, quand il n'y a pas de fracture ou d'adhérence totale de l'articulation, sectionnner les ligaments et remettre les surfaces en place, c'est la myosyndesmotomie.

En juillet dernier se présenta une opération d'adulte (45 ans) pour une luxation ancienne irréductible datant de 47 jours. M. Ollier fit la myosyndesmotomie, en ménageant l'aponévrose superficielle du triceps qu'il faut sectionner, mais non pas couper en totalité.

Chez l'adulte, les ligaments et les muscles sont rétractés, il y a arrachement de l'apophyse coronaire et de petites fractures.

La grande cause d'irréductibilité, c'est la rétraction du triceps et de son aponévrose.

Aussi on avait dès longtemps fait la section du triceps; mais pour qu'il ne perde pas son action, on fait une section sous-cutanée, en l'effilochant, pour éviter son écartement trop grand et laisser subsister entre les deux bouts quelques fragments musculaires et aponévrotiques.

L'opération réussit très bien. Il y eut seulement une légère insensibilité des deux derniers doigts à cause du cubital qui avait été pourtant protégé pour n'être pas lésé. Le malade a repris son travail sans peine ni fatigue.

Quand il y a des fractures, il faut faire d'emblée la résection en la faisant économique, car il vaut mieux une mobilité limitée et une solidité plus grande. Suivant les cas, on lui donne ou la mobilité ou la solidité extrême. C'est affaire de tact et de mesure.

En somme, on peut dire que chez les adolescents il y a une forme particulière de luxation irréductible par ossification du périoste huméral décollé. Il faut là absolument faire la résection.

Quant aux luxations irréductibles anciennes, M. Ollier n'en a pas réduit au-delà de quatre mois.

Quand il n'y a pas de fracture, il faut d'abord essayer la myosyndesmotomie.

Avec la résection semi-articulaire, les résultats sont bons : un des opérés de M. Ollier n'a pu être réformé. Il faut pourtant préférer la myosyndesmotomie.

M. Delore reconnaît la difficulté de réduire les luxations du coude. Il a vu la résection appliquée par M. Ollier. L'explication de M. Ollier est très rationnelle pour les luxations irréductibles du coude des adolescents. Mais la résection est une opération sérieuse, difficile, tout le monde ne peut pas la faire.

M. Delore, dans des cas de ce genre, mobilisait l'humérus, faisait des mouvements de latéralité, puis faisait des mouvements de flexion. Une seule séance ne suffisait pas. La première flexion obtenue à angle obtus était maintenue par un silicate, et on recommençait deux ou trois fois jusqu'à ce qu'on fût arrivé à une flexion à angle aigu. L'étendue des mouvements n'était jamais très grande.

M. M. Pollosson a fait des restitutions sanglantes surtout pour l'épaule. Il en a fait trois fois pour le coude et n'a pas réussi. Il a dû s'arrêter et faire une résection semi-articulaire, ne pouvant arriver à réduire.

Les causes d'irréductibilité semblaient être des rétractions musculaires, si bien que dans les cas mêmes où on ne fait pas la résection semi-articulaire suffisante, la réduction reste impossible.

Le procédé de M. Delore (pseudo-réduction) était excellent avant ces nouvelles méthodes et donnait de bons résultats, mais on peut faire mieux aujourd'hui.

M. Poncet a essayé tous les procédés, sauf les méthodes de force qu'il croit dangereuses. Il proscrit les mouffles et les appareils de toute sorte, pour n'avoir recours qu'aux efforts manuels avec lesquels seuls on sait ce que l'on fait.

L'âge du sujet est de première importance. Jusqu'à 15, 16 ans l'irréductibilité est différente de ce qu'elle est chez l'adulte de 30, 40, 50 ans, passé cet âge on ne rencontre guère de luxation du coude. Chez l'enfant dans la luxation du coude il y a en effet des fractures, des arrachements ligamenteux très fréquents, d'où des ossifications anormales, des déformations qui rendent de bonne heure la luxation irréductible. Il a observé dans son service avec M. Jaboulay deux cas très nets où, chez des enfants , des luxations du coude ont après quelques smaines nécessité une résection partielle.

Chez l'adulte on doit plus longtemps essayer les manœuvres de réduction (manœuvre de douceur, manœuvres avec les mains). Il cite un cas où après deux mois et demi il obtint la réduction, alors que la limite maxima donnée est de deux mois.

L'intervention sanglante a été employée trois fois par lui chez l'adulte (syndesmotomie à ciel ouvert). Il faut souvent tout couper et ensuite écarteler et luxer les extrémités articulaires de l'articulation disloquée. Encore dans un cas la réduction n'a pas été possible et il a fallu faire la résection de l'extrémité humérale.

Les résultats immédiats ont été simpless; les résultats éloignés ne sont pas connus, les malades ayant quitté l'Hôtel-Dieu quelques semaines après l'opération.

M. Ollier a pratiqué pendant quinze ans la même méthode que M. Delore et a eu des résultats. Aujourd'hui la résection est sans danger infectieux. M. Ollier n'a eu aucun accident dans sa pratique. Chez les jeunes enfants et les vieillards, la méthode de M. Delore reste applicable.

Les difficultés signalées par M. Pollosson dans la myosyndesmotomie sont vraies. C'est le triceps qui est le gros obstacle, il faut le couper, mais faire une section incomplète pour éviter l'écartement des bouts. Quand il y a des fractures, la myosyndesmotomie devient incertaine dans ses résultats immédiats et secondaires. Il préfère deux incisions latérales pour avoir du jour. C'est indispensable pour bien voir.

M. Delore insiste sur la fréquence des fractures. Les manœuvres de force permettent bien de briser le cal. Il réprouve les appareils, mais avec la main, en agissant progressivement, on peut beaucoup. Il faut d'abord faire des mouvements de latéralité, puis de flexion.

En tous cas, il vaut mieux un moyen conservateur que la résection.

M. Ollier a écrit son opinion sur les résections, il ne les fait pas toujours; il est aussi conservateur que possible, mais quand le bras est rectiligne, il n'y a que cela à tenter.

M. Poncet est partisan d'une intervention sanglante, bien entendu aseptique, lorsque la luxation n'ayant pu être réduite, le membre reste impotent.

Le Secrétaire-adjoint, G. Roque.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de novembre 1893.— Présidence de M Cordier.

PRESSION ARTÉRIELLE ÉTUDIÉE COMPARATIVEMENT CHEZ LES VIEILLARDS ET CHEZ L'ENFANT.

M. Colrat fait une communication sur la circulation artérielle et le double souffle intermittent crural.

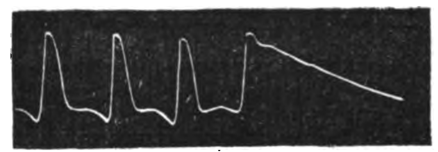
On peut à l'aide d'un procédé déjà décrit (Voir *Lyon Médical*, 11 oct. 1891, et thèse de Fohanno, 1891) étudier la circulation artérielle soustraite momentanément à l'influence du cœur. En effet, en comprimant l'artère principale d'un membre de manière à l'oblitérer, on isole pour ainsi dire dans les artères de ce membre une certaine quantité de sang qui doit progresser par le seul fait de l'élasticité et de la contractilité artérielle.

Il est aisé de faire cette compression, soit sur la sous-clavière ou l'axillaire, soit sur la fémorale à l'anneau, et si en même temps on applique un sphygmographe sur une artère périphérique du même membre, on peut se rendre compte de la manière dont les artères se vident en observant les modifications de la tension sur les tracés ainsi obtenus.

Pour avoir des graphiques démonstratifs il faut opérer de la façon suivante : on applique le sphygmographe sur l'artère pédieuse et pendant la course du chariot on comprime brusquement l'artère fémorale à l'anneau inguinal, à la fin de la systole cardiaque, c'est-à-dire au moment de la pulsation où l'aiguille présente son maximum d'élévation. En d'autres termes au moment de la plus forte tension.

Les tracés sont différents suivant qu'ils ont été recueillis chez les jeunes gens ou chez les vieillards. Chez les premiers la tension baisse aussitôt qu'on a établi la compression. Chez les vieillards, au contraire, la tension baisse lentement, et

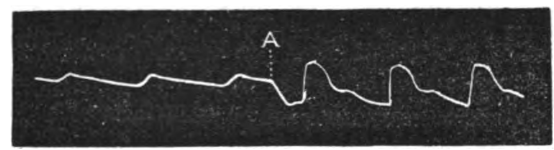
l'on a, ainsi qu'on peut le voir sur le tracé, une ligne descendante très oblique qui n'atteint le minimum des pulsations précédentes qu'au bout d'un certain temps, correspondant approximativement à la durée de deux ou trois pulsations.



TRACÉ I. — Tracé de la pédieuse. Compression de la fémorale à la fin du tracé.

Ces tracés indiquent donc que chez les vieillards les artères se vident bien plus lentement que chez les jeunes gens par suite de la diminution de l'élasticité et de la contractilité artérielle et de la perméabilité moins grande des capillaires.

Les tracés recueillis chez les vieillards montrent aussi qu'il y a rétrogradation de la colonne sanguine au moment de la diastole. Si en effet on n'observe pas l'abaissement diastolique que l'on constate d'habitude, c'est que l'abaissement brusque de la tension qui survient pendant la diastole cardiaque ne peut être dû qu'au reflux du sang par la fémorale



TRACÉ 2. — Tracé de la pédieuse. Compression incomplète de la fémorale; en A on cesse la compression.

On peut modifier l'expérience en comprimant incomplètement l'artère comme on le fait pour la perception du double souffle intermittent crural; et en lâchant brusquement la compression, on obtient alors les tracés suivants : pendant la compression on a des pulsations avortées pour ainsi dire, et au moment où on cesse de comprimer et si on cesse pendant la diastole cardiaque, on voit que l'aiguille du sphygmographe, loin de monter comme on devrait s'y attendre, descend au contraire, d'où il paraîtrait logique de conclure

qu'à ce moment la pression est moins grande dans l'artère fémorale que dans la pédieuse, d'où il résulterait que le sang aurait à ce moment un trajet rétrograde. Mais dans ce cas il faut tenir compte d'un autre facteur qui n'est autre que la rigidité de l'artère qui en reprenant son calibre aussitôt qu'elle cesse d'être comprimée, fait un appel, comme on le constate sur les tubes de caoutchouc en relation avec un tambour enregistreur lorsqu'on vient à les desserrer brusquement.

Il est facile du reste d'en donner une démonstration à l'aide de l'expérience suivante : On applique le sphygmographe sur la pédieuse et on pratique la compression de la crurale non pas en un seul point, mais en deux points, un à l'anneau, l'autre à 10 centimètres au-dessous environ. Si l'on lâche la compression dans ce dernier point seulement, on voit que l'aiguille qui a tracé une ligne droite, puisque la circulation est tout à fait interrompue, descend au moment de la décompression du point inférieur à peu près de la même amplitude que dans l'expérience précédente.

Cette seconde expérience ne prouverait donc pas le reflux du sang; mais ce fait n'en serait pas moins évident, car outre les preuves qu'en ont données M. Marey, puis MM. Potain et Frank, la première expérience dont nous avons parlé suffirait à l'établir.

Il ne faudrait pas croire non plus que dans tous les cas de double souffle ce dernier soit dû à une ondée rétrograde. Les expériences de Lortet, celles que nous avons entreprises avec Toussaint, ont démontré que chez le cheval avec des insuffisances aortiques très larges, il n'y avait pas de reflux alors qu'il y avait un double souffle des plus intenses. Il faudrait donc d'autres conditions qui sont probablement remplies par l'hypertrophie du cœur, la dégénérescence athéromateuse ou scléreuse des artères; c'est ce que le procédé que nous indiquons pourrait aider à éclaircir.

FAVUS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

M. H. Dor présente une petite fille atteinte de favus de la paupière droite supérieure; il n'en avait encore rencontré qu'un cas en oculistique. Malgré l'absence de lésions analogues du cuir chevelu le diagnostic n'est pas douteux, l'ex-

cavation est typique et le microscope a révélé l'*achorion Schœnleinii*. Devant ce cas développé sur une partie glabre, M. Dor s'est demandé s'il n'y aurait pas deux variétés du parasite, l'une se développant sur les bulbes pileux, l'autre sur les parties glabres. L'étiologie est simple : la sœur du sujet avait un favus du cuir chevelu et les ongles de la malade ont dû servir de véhicule au parasite. M. Dor craint que l'excision n'occasionne un peu d'ectropion par suite de la rétraction cicatricielle.

M. AUGAGNEUR. Le favus de la peau est fréquent et le cas présent n'est qu'un chapitre du favus cutané. Il y a plusieurs variétés de l'affection, à côté de la forme typique. On rencontre parfois un favus épidermique superficiel qui ne s'accompagne pas des godets caractéristiques. M. Désir de Fortunet a décrit une autre forme rappelant plutôt l'herpès circiné, où l'examen a révélé cependant l'achorion. L'ectropion ne paraît pas devoir se produire à la suite de la cicatrisation, car les lésions du favus sont peu profondes.

M. CORDIER a vu deux cas de favus de la paupière supérieure : l'un était isolé, l'autre concomitant d'un favus du cuir chevelu. La guérison fut rapide ; des cataplasmes et l'épilation des cils suffirent.

M. LÉPINE. Il est intéressant que le godet favique se soit creusé sur une partie glabre.

M. AUGAGNEUR. On a discuté la question de savoir si le favus pouvait se développer primitivement sur des parties de la peau absolument dépourvues de poils. On a cité des cas de favus développés sur le gland ; mais le gland présente de petits poils. A part la plante des pieds et la paume des mains, toute l'étendue de la peau peut présenter des bulbes pileux et par conséquent être atteinte de favus.

L'un des secrétaires annuels, P.-J. NAVARRE

REVUE DES LIVRES

L'Idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot, par le docteur JULES VOISIN, médecin de la Salpêtrière. Paris, Alcan, 1893. 1 vol. in-12 avec 17 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. — 4 fr.

Cette étude sur l'*Idiotie* a été l'objet d'une série de leçons faites à la Salpêtrière au commencement de l'année 1893.

M. Jules Voisin prend comme point de départ les lois de l'hérédité en général et de l'hérédité morbide en particulier, ainsi que les causes de la dégénérescence mentale dont l'*Idiotie* est le dernier degré.

Choisissant ses exemples parmi les différents types d'idiots de son service, dont les photographies démonstratives sont

reproduites dans ce volume, il examine leurs instincts, leurs sentiments, leurs lueurs d'intelligence et de volonté, ainsi que leurs caractères physiques. De là, il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités, pour qu'ils cessent d'être à charge à tous, et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société.

REVUE DES JOURNAUX

Nettoyage des filtres Chamberland. — Voici comment M. Guinochet conseille d'opérer. On arrête le courant d'eau, et après un nettoyage préalable avec les frotteurs en caoutchouc, on introduit par l'ouverture supérieure de l'appareil une solution de permanganate à un millième, puis on ferme cette ouverture. Au bout d'une demi-heure de contact, on rétablit le courant d'eau afin de faire passer cette solution à travers les bougies et au contact de toutes les parties formant réservoir. Un quart d'heure après on arrête l'eau, on fait écouler la solution contenue dans l'appareil, on rince deux ou trois fois à l'eau ordinaire, puis on rétablit définitivement le courant d'eau, et on ne recueille celle-ci que lorsqu'elle sort parfaitement incolore, ce qui demande quelques minutes : cette décoloration complète est un indice d'un emploi très facile.

Le permanganate est un antiseptique usité depuis très longtemps et qui a fait ses preuves : de plus il nettoie les bougies en oxydant les matières organiques gélatineuses qui imprègnent les bougies et non qui pénètrent les pores de la porcelaine au point de les boucher. En rétablissant le courant d'eau et en faisant passer le permanganate à travers les pores de la bougie, on brûle toutes les matières organiques qui obstruaient ces fines prorosités.

A ceux qui objecteraient que le permangate de potasse est un caustique énergique, on pourrait répondre que la dilution du sel devient telle qu'il n'offre plus aucun danger. Il y a plus, et c'est là une propriété heureuse de cet antiseptique : il se détruit au fur et à mesure de son action et se transforme en bioxyde de manganèse qui, étant insoluble, se précipite facilement; d'autre part, non seulement cet oxyde est inoffensif; mais il peut être employé comme suc-

cédané des préparations ferrugineuses. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 octobre 1893.)

Simulation de la diphtérie. — M. le docteur Perrin, médecin-major de l'armée, signale, dans les *Archives de médecine militaire*, un fait de simulation qu'il est intéressant de signaler. Un jour, un soldat se présente à la visite avec un mal de gorge ; les amygdales, le voile du palais, la face interne des joues et une partie des gencives étaient recouvertes de fausses membranes ; il fut envoyé à l'hôpital où fut porté le diagnostic de diphtérie ; le lendemain, un autre soldat, dans la même chambrée, entrait à l'hôpital avec une angine de même caractère. Ce dernier révéla à un voisin indiscret l'origine de son affection et de celle de son camarade ; il s'agissait d'accidents déterminés par l'application de la cantharide ; le procédé avait consisté, soit à insuffler une très petite quantité de poudre de cantharides dans la bouche, soit à prendre sur le doigt mouillé cette poudre, à la déposer sur le bout de la langue et à boire de l'eau immédiatement. Si la quantité de cantharide absorbée est très faible, il ne survient aucun accident du côté des organes génito-urinaires. (*Répertoire de pharmacie*, 10 novembre 1893.)

Formule pour l'emploi du muguet, par C. Paul. — Le muguet est un excellent tonique du myocarde ; seulement, il faut lui accorder un certain crédit et lui laisser le temps d'agir. L'amélioration ne se produit généralement pas avant dix ou douze jours. Après divers tâtonnements, je me suis arrêté à la formule suivante, qui est facile à administrer.

Potion :

Extrait aqueux de muguet.....	10 gr.
Infusion de thym.............	200 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.	80 —

50 gr. par jour — un verre à liqueur. Si le goût paraît amer, on peut étendre d'eau. (*Bull. méd.*, 12 nov. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LA SYPHILIS COMME MOYEN DE DÉFENSE DANS LE CAS DE « BREACH OF PROMISE ».

Breach of promise constitue en Angleterre et en Amérique une expression juridique qui signifie rupture de fiançailles. C'est en effet dans ces pays, et non point dans celui où fleurit Bérenger, comme on serait tenté de le croire, que cette rupture peut entraîner un procès et une condamnation. On y a même vu des infortunés, victimes de quelque aventurière et d'un flirt imprudent être condamnés à payer de fortes sommes. Aussi comprend-on que le fiancé qui se retire, car presque toujours la défection vient de l'homme, et la plainte de la femme, il cherche un moyen légal de défense.

Le docteur Pearce, de Cincinnati, expose dans le *Journal of cutaneous diseases* deux circonstances où la syphilis a été invoquée comme excuse et signale les jugements qui ont été rendus à ce propos.

En janvier 1882, la Cour suprême de la Caroline du Nord dans l'affaire Allen-Baker décida que si le défendant avait contracté sa maladie après son engagement de fiançailles, ou que si l'ayant contractée avant, il l'avait crue permanente et incurable, il devait être responsable; mais que s'il avait eu des raisons de croire que sa maladie était temporaire, il pouvait être excusé.

Un cas plus récent est le jugement rendu dans l'affaire Hamilton Shackleford, de l'État de Kentucky, en juillet 1890, jugement dont il fut appelé par le défendant.

Dans ce cas, l'engagement pour le mariage avait été contracté en décembre 1887 ; le défendant allégua pour sa défense que avant de s'engager il avait été traité par un médecin réputé comme praticien expert et que celui-ci l'avait autorisé à se marier. Après son engagement, et sans qu'il y eût de sa faute, de nouveaux symptômes de la maladie avaient apparu. Sur l'avis du médecin, cette condition nouvelle le rendait impropre au mariage, la maladie étant constitutionnelle et pouvant être communiquée à la plaignante dans le cas où il en ferait sa femme. C'est alors qu'il s'était décidé à rompre ses fiançailles.

La première Cour jugea ce moyen de défense insuffisant, mais permit de plaider les circonstances atténuantes. Le jury n'en condamna pas moins l'accusé à 4.500 livres sterling d'indemnité. La Cour d'appel réforma ce jugement, admit que l'accusé avait présenté un bon moyen de défense et le dégagea de l'accomplissement du contrat avec la plaignante.

Le principe de la loi établi par la Cour est que si un homme qui a contracté la syphilis croit de bonne foi et a des raisons de croire qu'il est indemne et peut se marier en toute sécurité, il a le droit de s'engager dans un mariage ; mais que, si au cours de cet engagement il y a réapparition de la maladie sans sa faute, et qu'il craigne de contagionner sa femme, il est délié de son engagement et de toute responsabilité pécuniaire dans le cas où il refuse de se marier.

En France, la rupture des fiançailles ne donne lieu à aucune action judiciaire ; celui qui est atteint d'une maladie contagieuse et qui, sur l'avis d'un médecin, se décide à rompre une union projetée, ne s'expose donc à aucune indemnité pécuniaire, c'est pour lui simple blessure d'amour-propre, rupture de quelques relations, peut-être un peu de déconsidération, mais bien moindre que celle qui suit un procès, même si on n'y est pas condamné.

Et pourtant nous avons vu, rarement il est vrai, des gens passer outre à une défense médicale. On sait en pareil cas tout ce qui peut arriver : infection de la jeune femme, fausses couches, infection possible des nourrices, ennuis de toute sorte. Tout cela est assez triste pour que nous approuvions pleinement la conduite de l'Américain qui a cru devoir se retirer et le jugement de la Cour d'appel qui l'a renvoyé indemne.

VARIÉTÉS

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 29 novembre 1893). — M. Collet, interne des hôpitaux, présente deux garçons de 12 à 14 ans, atteints de difformités congénitales de la face, se traduisant par une hypertrophie de la peau et des tissus sous jacents. Des ablations partielles ont été pratiquées et l'examen microscopique a fait reconnaître des névromes plexiformes avec exagération de la névroglie et non du tissu nerveux.

— M. Regaud, interne des hôpitaux, présente un homme de 80 ans, chez lequel on entend, dans la position horizontale, à droite du sternum, un souffle extra-cardiaque bullaire, crépitant, dont le mécanisme est

difficile à expliquer. Ajoutons que ce vieillard est atteint d'une dilatation de la crosse de l'aorte.

— M. le docteur Courmont présente un homme, malade depuis six semaines, qui le 9 novembre avait de l'induration des deux sommets avec expiration soufflante, des bacilles de Koch dans les crachats, quelques symptômes méningés (strabisme, irrégularité des pupilles, vomissements), avec une température élevée (39-40°) et un amaigrissement considérable. A ce moment l'on pratique trois jours de suite des badigeonnages avec 50 centigrammes de gaïacol. Abaissement immédiat de la température (3 à 4 degrés) au bout de quatre heures, et après trois jours, apyrexie complète. Concurremment, disparition des symptômes méningés, plus de dyspnée, absence des bacilles dans les crachats, augmentation de poids (3 kil. en huit jours). Voilà donc un malade présentant des symptômes de granulie aiguë, dont l'évolution est enrayée par quelques badigeonnages gaïacolés.

Comme M. Bard, M, Courmont a constaté que les badigeonnages au gaïacol sont nuisibles aux cavitaires et dans la pneumonie tuberculeuse, et toujours utiles aux non cavitaires. L'effet favorable des badigeonnages est toujours rapide (trois jours) quand il doit être durable.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN ADJOINT DES HÔPITAUX DE GRENOBLE. — Ce concours, commencé à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 27 novembre, s'est terminé le 29 par la nomination de M. Perriol, ex interne des hôpitaux de Lyon.

Le jury, présidé par M. le docteur Girard, vice-président de l'Administration des hôpitaux de Grenoble, était composé de M. Turrel, de Grenoble, et de MM. Aubert, Chappet, Drivon, Gangolphe, Josserand, Levrat, Pollosson (Auguste), Pollosson (Maurice) et Vincent, de Lyon.

Deux candidats s'étaient fait inscrire, un seul s'est présenté, mais sa valeur très réelle lui aurait bien permis de triompher de quelques adversaires.

C'est une chose fâcheuse de voir si peu de candidats pour les concours de villes importantes où l'on peut se faire de bonnes et honorables positions, alors que tant de jeunes médecins végètent et végéteront toute leur vie dans de plus grands centres. Il est à peu près certain que si ces places étaient données au choix, il y aurait vingt demandes. Ce n'est pas un des moindres avantages du concours, même lorsque le petit nombre de candidats paraît en restreindre l'importance, que d'écarter ces demandes et les intrigues qui les accompagneraient.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Par arrêté ministériel, M. le docteur Weill, agrégé, est chargé pendant un an de la clinique complémentaire des maladies des enfants.

DOCTORAT ÈS SCIENCES. — Nous apprenons que M. le docteur Maurice Doyon, déjà connu par ses nombreuses recherches physiologiques empreintes d'un caractère exceptionnellement positif et dénotant un rare talent de coordination, vient d'être reçu docteur ès sciences, à Paris, à boules blanches et avec les félicitations du jury.

Toutes nos félicitations au très méritant diplômé, ainsi qu'au très heureux père, notre éminemment sympathique collègue.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A ROME. — Le IXe Congrès international de médecine se réunira à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

Les titres de toutes les communications que les membres adhérents désireront faire au Congrès devront être adressés au secrétariat général avant le 31 janvier 1894.

Les réductions sur les chemins de fer seront valables du 1er mars au 30 avril. Un avis ultérieur donnera des indications précises à cet égard.

LES CERTIFICATS MÉDICAUX DES EMPLOYÉS DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES peuvent être délivrés par n'importe quel médecin autorisé à exercer la médecine en France, à la condition que la signature en soit légalisée par le maire de la commune du domicile desdits employés. (*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

ÉTUDIANT EN MÉDECINE CONDAMNÉ POUR EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Être appelé à soigner dans un cas urgent la femme d'un ami et être condamné sur la dénonciation de celui-ci, est une nouvelle forme de la reconnaissance qui mérite d'être rapportée.

Dans son audience du 16 novembre 1893, la 10e chambre du tribunal correctionnel de Paris a jugé une affaire d'exercice illégal de la médecine qui, quoique se produisant rarement, ne mérite pas moins d'être signalée :

Un externe des hôpitaux faisant fonctions d'interne à la Maison municipale de santé avait été appelé, par un des amis de sa famille, au chevet de la femme de ce dernier. Il fallait se hâter et formuler une ordonnance, ce que fit le jeune externe; mais comme il était tard, et que les pharmaciens du quartier pouvaient refuser d'exécuter l'ordonnance, sur le désir de son ami, l'étudiant en médecine fit précéder son nom du titre de docteur. Deux jours après, sur la demande de l'externe, son chef de service était appelé auprès de la malade et confirmait pleinement et le diagnostic et le traitement de son élève.

Quel ne fut pas l'étonnement de ce dernier quand, quelque temps après, il se voyait poursuivi en police correctionnelle sous la prévention d'exercice illégal de la médecine, et ce, sur la plainte même de l'ami qui l'avait fait appeler !

Après avoir condamné par défaut le délinquant à 1.000 fr. d'amende, le tribunal, sur opposition, a réduit la peine à 16 fr. d'amende avec application de la loi du 26 mars 1891.

SAUCISSONS DE DOIGTS HUMAINS. — Les tribunaux de Stendal (royaume de Saxe) ont été récemment saisis d'une affaire assez piquante. Un soldat ayant acheté un saucisson de 10 pfennig, y a trouvé un doigt d'homme avec os et peau, tout complet. Le charcutier accusé explique devant le tribunal qu'en hâchant la viande il s'est coupé un doigt et a dû passer son travail à son aide; celui-ci aura incorporé son index dans un saucisson qui échoua au malencontreux soldat. (*Vratch*, 1893, n° 34).

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Novembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
19	733	12 s	728	1 m	+ 4.5	1 s	+ 2.5	6 m	78	66	1.7	1.6	19
20	744	12 s	733	0 m	+ 5.8	2 s	+ 1.0	2 m	93	76	3.4	0 7	24
21	753	12 s	744	0 m	+ 5.1	1 s	+ 1.2	9 m	79	67	0.2	0.9	31
22	754	10 m	746	12 s	+ 3.8	12 m	— 1.6	6 m	92	73	0.0	0.9	22
23	746	0 m	740	3 s	+ 3.5	12 m	— 2.0	9 m	94	76	0.0	glac	19
24	751	12 s	742	0 m	+ 4.3	12 m	+ 0.8	4 m	65	49	0.2	0.9	27
25	752	10 m	748	12 s	+ 4.3	1 s	— 3.4	5 m	83	70	0.0	glac	16

MALADIES RÉGNANTES. — L'état sanitaire reste satisfaisant avec un chiffre mortuaire au-dessous de la moyenne.

Il y a eu 158 décès pendant la 47e semaine de 1893, au lieu de 155 survenus la semaine précédente et 127 pendant la période correspondante de 1892.

Quant à la morbidité, elle est en progrès; c'est du côté des voies respiratoires qu'elle se manifeste surtout.

Les bronchites et les broncho-pneumonies sont plus fréquentes; les fluxions de poitrine augmentent aussi.

Persistance des symptômes congestifs inflammatoires chez les phymiques et les catarrheux.

En certaine proportion des méningites et des hémorrhagies cérébrales.

Dans le groupe des maladies infectieuses, mentionnons la diphtérie, la coqueluche, la fièvre typhoïde et l'érysipèle de la face.

Sur les 158 décès hebdomadaires (105 en ville, 53 dans les hôpitaux civils), 34 ont été constatés chez des vieillards ayant dépassé 70 ans, et 11 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 25 novembre 1893, on a constaté 158 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	11	Affections du cœur.	9
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	10	— des reins....	3
Rougeole..........	0	Pneumonie........	8	— cancéreuses.	9
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	6
Erysipèle.........	2	Phthisie pulmon...	26	Débilité congénitale	1
Diphtérie-croup...	6	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	3	Méningite aiguë ...	5	Aut. causes de décès	26
Affect. puerpérales	1	Mal.cérébro-spinales	15		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	3	Naissances.......	158
Choléra nostras....	0	Entérite(au-dessus de 2a.)	0	Mort-nés	5
Bronchite aiguë...	7	Cirrhose du foie....	1	Décès	158

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

DE QUELQUES ALCALOÏDES ÉTANT SUCCESSIVEMENT HIDROTIQUES, PUIS ANHIDROTIQUES : LOBÉLINE, CYTISINE, ACONITINE ;

Par le docteur P. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille.

En poursuivant mes recherches relatives à l'action des alcaloïdes sur la sueur locale, j'ai constaté la propriété hidrotique dans six de ces alcaloïdes : l'Aconitine, la Pilocarpine, la Nicotine, la Muscarine, la Lobéline et la Cytisine.

Un fait à signaler est que ces six alcaloïdes sont extraits de plantes appartenant toutes à des familles végétales différentes et même assez éloignées les unes des autres : l'Aconitum napellus aux Renonculacées, le Pilocarpus pinnatifolius aux Rutacées, la Nicotiana tabacum aux Solanées, l'Ammanites muscaria aux Champignons, le Cytisus laburnum aux Légumineuses, et la Lobelia inflata aux Lobéliacées, que quelques botanistes séparent des Campanulacées et que d'autres y rattachent. Toutes ces espèces appartiennent aux Dycotylédonées, sauf les Champignons toxiques qui rentrent dans les Acotylédonées. Le groupe des Monocotylédonées seul n'est pas représenté.

Dans la série des alcaloïdes que je n'ai pas eu occasion d'étudier à ce point de vue, il en est probablement d'autres qui jouissent de propriétés analogues, et on peut supposer que la vertu diaphorétique est assez répandue dans le règne végétal. Elle y serait même très répandue si l'on en croit les formulaires. Ces ouvrages en effet mentionnent près de trente plantes diaphorétiques dont voici l'énumération prise dans Dorvault (édition de 1886) : Asclépiade, Astragale, Bardane, Bourrache, Brou de noix, Bucco, Buis, Calaguala, Ceanothe, Douce-amère, Fraxinelle, Gaïac, Guaco, Laiche, Lobélie, Mezereum, Orme, Patience, Kawa-kawa, Pensée sauvage, Rosage, Salsepareille, Santaux, Saponaire, Sassafras, Squine, Sureau (fleurs), Tussilage, Jaborandi.

Cette liste comprend les quatre bois sudorifiques : Gaïac, Salsepareille, Squine et Sassafras, si vantés autrefois contre la syphilis, et bon nombre d'espèces usitées en méde-

cine populaire comme dépuratives. L'idée de dépuration est en effet attachée dans le public à l'expulsion par diverses sécrétions et plus spécialement par la sueur de substances toxiques que nous avons dans nos tissus. Nous examinerons un jour dans une étude spéciale quelle est la valeur de cette idée. Dorvault fait observer avec raison que beaucoup de ces substances ne méritent sans doute pas de figurer parmi les sudorifiques, et je crois pour ma part que pour bon nombre d'entre elles l'eau chaude où on les fait infuser a plus de part à la sudation que la plante elle-même. Peut-être aussi que pour quelques-unes l'action hidrotique, en la supposant bien établie, résulte-t-elle d'une action centrale et non d'une action périphérique.

Tous les alcaloïdes indiqués ci-dessus ne possèdent pas la propriété diaphorétique locale à un égal degré. L'aconitine de Napel mérite le premier rang, puis viennent la pilocarpine, la muscarine et la nicotine, et en dernier lieu la lobéline et la cytisine dont l'action hidrotique ne dure que six à sept minutes et fait place à un effet anhidrotique plus persistant. Ces deux alcaloïdes constituent donc un groupe spécial et de transition entre les hidrotiques et les anhidrotiques, et m'ont paru mériter à ce titre d'être étudiés ensemble. Sur une seule personne j'ai observé l'effet anhidrotique de l'aconitine dans les circonstances que j'indiquerai à la fin de ce travail.

LOBÉLINE.

La lobérine n'est pas un alcaloïde cristallisé, mais une sorte d'extrait un peu volatil de consistance de miel, de couleur jaune clair, d'une odeur faible et d'une saveur piquante analogue à celle du tabac ; elle est très soluble dans l'alcool, moins dans l'éther, presque pas dans l'eau. La lobéline paraît exister dans diverses espèces de lobélies, mais on l'extrait surtout de la Lobelia inflata ou Tabac indien, plante herbacée annuelle de l'Amérique du Nord cultivée chez nous dans les jardins.

Les autres espèces dont les traités de matière médicale font mention sont la Lobelia urens, plante toxique que l'on trouve en France, la Lobelia nicotianœfolia de l'Inde, la Lobelia syphilitica ou Cardinale bleue de l'Amérique du Nord,

cultivée également comme plante décorative et que les Indiens du Canada emploient comme dépuratif et antisyphilitique, d'où le nom de mercure végétal qui lui est parfois donné. Ajoutons à ces espèces la charmante Lobelia erinus à fleurs bleues, originaire de l'Afrique australe et employée à faire des bordures.

Si l'on cherche dans les ouvrages de thérapeutique ou de physiologie quelle est l'action de la lobélie et de la lobéline, on trouve que la plante et son alcaloïde ont des propriétés multiples, complexes, et en quelque sorte contradictoires. La citation la plus caractéristique que je puisse faire à cet égard est tirée de l'article de Delioux de Savignac dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :* « La Lobelia inflata offre cette particularité d'avoir de frappantes similitudes d'action avec d'autres plantes très éloignées d'elle dans la série physiologique. Ainsi elle est vomitive comme l'ipécacuanha. Elle peut être maniée de façon néanmoins à ce que l'on n'obtienne que des effets expectorants, elle est susceptible aussi d'appeler la diaphorèse; elle a cela de commun, comme le fait remarquer le docteur Gubler, avec toutes les substances émétiques qui excitent un état nauséeux favorable à la sécrétion des liquides buccaux et bronchiques ainsi qu'à celle de la sueur. Elle ralentit les mouvements du cœur comme la digitale, comme la vératrine ; ..... Mais c'est surtout avec les solanées vireuses qu'elle offre d'intéressantes ressemblances. Elle provoque au sommeil comme la jusquiame...... Elle délie la respiration comme le datura stramonium auquel elle peut disputer la prééminence dans le traitement des dyspnées. A l'instar de la belladone, elle tend à produire la sécheresse de la gorge, la dysphagie, les hallucinations, la dilatation pupillaire. Elle excite la contraction des muscles de la vie organique, favorise la liberté du ventre, l'émission urinaire, la parturition. Son alcaloïde a les caractères physiques analogues à celui du tabac, la lobéline a des propriétés toxiques de bien peu inférieures à celles de la nicotine..... Enfin, quoique avec un bien moindre degré d'énergie, la Lobélia inflata se montre susceptible d'influencer la moelle épinière à la façon de la noix vomique. »

La lobélie est donc comparée à l'ipéca, à la digitale, au

vératre, à la jusquiame, au datura, à la belladone, au tabac, et enfin à la noix vomique.

Or mes expériences viennent encore révéler sur un terrain restreint mais très précis une propriété contradictoire de la lobéline qui après avoir excité la sueur locale comme la pilocarpine ou la nicotine, l'arrête comme le feraient l'atropine, l'hyoscine ou la sabadilline.

Voici maintenant les expériences plusieurs fois répétées, et toujours avec les mêmes résultats, qui établissent la double action locale de la lobéline sur les glande sudoripares.

Expérience I. — Je fais passer pendant une minute avec un courant de dix à douze milliampères une solution de lobéline de un centigramme par gramme imbibant une petite compresse de deux centimètres de diamètre, dimension de l'électrode positive. Les empreintes sudorales sont prises ensuite au nombre de 6 dans les dix minutes qui suivent l'introduction de l'alcaloïde. Le n° 1 présente quelques rares glandes en sudation ; le n° 2 un plus grand nombre ; le n° 3 une empreinte presque totale. Le n° 4, et d'une façon encore plus complète le n° 5, montre un fait curieux, c'est que le centre de l'empreinte ne présente qu'un très petit nombre de glandes en activité, alors que la périphérie continue à sécréter. Il y a comme une éclipse centrale de la sueur entourée d'une zone sécrétante. Dans le n° 6 la sueur est complètement tarie au centre et à la périphérie.

Ces empreintes à éclipse centrale m'ont d'abord un peu intrigué, mais j'en ai eu l'interprétation facile en réfléchissant que l'alcaloïde qui a d'abord et surtout pénétré par le centre dans les limites mêmes de l'électrode se diffuse ultérieurement à la périphérie, de telle sorte que les glandes périphériques impressionnées les dernières fonctionnent encore, alors que celles du centre ont déjà cessé d'être excitées.

Cette expérience s'explique très bien par l'effet anhidrotique rapide de la lobéline succédant à l'effet hidrotique ; mais à elle seule elle ne suffirait pas à établir cet effet anhidrotique, car des empreintes analogues pourraient s'obtenir et s'expliquer aussi bien par une action hidrotique courte non suivie d'anhidrose.

Expérience II. — Je fais passer comme ci-dessus une solution d'aconitine de un centigramme par gramme pen-

dant deux minutes, de 8 h. 27 à 8 h. 29, puis au même point, centre pour centre, de 8 h. 31 à 8 h. 33, une solution de lobéline de titre égal, six empreintes sont prises à 8 h. 35, 8 h. 40, 9 h., 9 h. 15, 11 h. et 11 h. 5.

La première empreinte a déjà au centre un disque incomplet d'anhidrose sur lequel un certain nombre de glandes fonctionnent encore. Ce disque est entouré d'une large zone en pleine sécrétion. Sur toutes les autres le disque central d'anhidrose est complet, il persiste encore sur les empreintes 5 et 6, alors que l'action hidrotique de l'aconitine est déjà très affaiblie à la périphérie. Il résulte de cette expérience que l'action anhidrotique de la lobéline persiste encore après deux heures et demie et que la limite de cette action n'est pas encore atteinte. Dans une troisième expérience, j'ai cherché à connaître cette limite.

Expérience III, faite sur moi-même à cause de sa longue durée et de la nécessité d'avoir toujours le sujet sous la main.

De 8 heures à 8 h. 2, je fais passer une solution de sulfate d'atropine de un centigramme par gramme; puis de 8 h. 3 à 8 h. 5 je fais passer à 8 centimètres de distance une solution de lobéline au même titre. A 9 h. 30, dans la région située entre les deux points de passage précédent, je fais passer une solution d'aconitine; sept empreintes sont prises à 10 h. 50, 11 h. 45, 12 h. 45, 1 h. 15, 2 h. 15, 3 h. 30.

Sur toutes, l'action anhidrotique de l'atropine existe pleine et entière; cette action se prolonge donc dans toute son intégrité pendant plus de sept heures et demie. Sur toute aussi l'action anhidrotique de la lobéline se constate, mais avec une intensité moindre. A 10 h. 50, étant au repos et n'ayant pas encore quitté mon cabinet de travail, l'arrêt est complet. A 11 h. 45, ayant marché un peu pour rentrer chez moi et venant de déjeuner à la hâte, quelques glandes reparaissent, à 12 h. 45, après une marche d'un quart d'heure environ par un temps chaud, un plus grand nombre de glandes fonctionnent. A 1 h. 15, après un repos, ces glandes sont en moins grand nombre. A 1 h. 45, après une marche de vingt minutes, un plus grand nombre fonctionnent. A 2 h. 15, étant rentré chez moi en voiture et ayant peu marché, le cercle d'anhidrose s'est rétréci, mais existe encore. A 3 h. 30,

après légère marche, le cercle d'anhidrose persiste encore un peu amoindri.

Ainsi, sept heures et demie après la pénétration de l'alcaloïde, l'action anhidrotique de la lobéline, tout en étant moins entière que celle de l'atropine, n'est pas encore éteinte.

Cette expérience nous renseigne d'abord sur la longue durée d'action anhidrotique de la lobéline, mais elle nous apprend encore des faits que j'ai constatés déjà plusieurs fois dans d'autres circonstances.

Un de ces faits est la longue durée d'action de l'aconitine chez les sujets à sueurs faciles au nombre desquels je suis. Ici cette longue durée a été entretenue par les marches qui ont été faites à diverses périodes de l'expérience. Il m'est arrivé plusieurs fois, et avec divers alcaloïdes hidrotiques, de constater que lorsque l'action de cet alcaloïde est, ou mieux, paraît éteinte depuis quelque temps, un exercice léger, impuissant à provoquer une sueur générale, suffit pour produire une sueur localisée au lieu de passage de l'alcaloïde. Il semble donc qu'il reste dans la région une quantité d'alcaloïde insuffisante pour l'exciter à elle seule, mais qui la rend plus sensible à une excitation surajoutée de nature analogue. Dans le même ordre d'idée je signale que dans l'empreinte de 12 h. 45, prise après une marche, il y a au niveau de la lobéline un plus grand nombre de glandes en activité que une demi-heure plus tard après arrêt et repos.

J'ai déjà signalé autrefois, à propos de l'atropine, que sur une région qui a été atropinisée depuis dix à douze heures, l'exercice provoque une sueur locale même au niveau de cette région, et qu'il semble dès lors que l'action de l'atropine soit épuisée. Il n'en est rien, car si on prend comparativement une empreinte sur la région homologue non atropinisée, on y constate une sueur profuse, au lieu de la sueur discrète de l'autre côté. Pour l'atropine, une modération de la sécrétion précède l'arrêt complet et lui survit, de même que pour les alcaloïdes hidrotiques une excitation latente de la glande précède l'excitation complète et lui survit également

Je ne veux point insister sur ces questions de physiologie générale et des expériences précédentes relatives à l'action

locale de la lobéline sur la sécrétion sudorale, je tire simplement les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.

1° La lobéline au début de son action excite la sécrétion des glandes sudoripares pendant cinq à six minutes.

2° A cette excitation des glandes succède une action d'arrêt qui, tout en étant inférieure à celle de l'atropine, se prolonge pendant plusieurs heures.

3° Les propriétés multiples et contradictoires, signalées déjà dans la lobéline par les physiologistes et les thérapeutistes, se retrouvent donc d'une façon très précise dans l'action qu'elle exerce sur les glandes sudoripares.

(A suivre.)

ACTION ET INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE ;

Par M. le docteur COUETTE.

Suite. — (Voir les nos 48 et 49.)

Réaction physiologique. — Dès que cesse l'application froide, la scène change d'aspect presque aussitôt ; une détente générale se produit, suivie du retour à la normale, d'abord et généralement oscillatoire : c'est la *réaction physiologique.* Chaque organe quittant sa position défensive propre, il y a autant de petites réactions locales qu'il y a eu de fonctions perturbées.

La *réaction cutanée*, seule visible pour ainsi dire, se traduit par un retour exagéré de la sensibilité et de la circulation sanguine dans la peau : celle-ci rougit plus ou moins vivement, la pression du doigt y laisse une empreinte mate, et il s'y répand une agréable sensation de bien-être, de chaleur et de force ; la légère hyperesthésie papillaire est décelée fréquemment par une sensibilité exagérée aux frictions, parfois aussi par une sensation de chaleur mordicante, si l'application était très froide et sans pression. Les battements du cœur, les mouvements respiratoires se ralentissent et se régularisent en s'amplifiant ; la tension artérielle diminue ; le pouls devient plein, large, régulier ; la respiration facile et profonde.

On peut admettre d'ailleurs que chaque organe, considéré isolément, se comporte comme le cœur et les poumons, c'est-à-dire traduit sa réaction propre par plus d'ampleur et de régularité dans son fonctionnement.

Cette période de *réaction physiologique* amène une chute rapide de la température centrale. En effet, dès que cesse le spasme vasculaire cutané, c'est-à-dire aussitôt après l'application froide, ou pendant sa durée même, si elle est suffisamment prolongée pour dépasser la puissance contractile des vaisseaux, le sang réafflue à la peau refroidie, y cède de la chaleur et remporte du froid. C'est un dégonflement, pour ainsi dire, du calorique accumulé aux centres au profit de la périphérie, qui s'accomplit par brassage circulatoire, et cesse seulement lorsque l'équilibre normal est rétabli entre les températures centrale et cutanée. Il y a donc baisse rapide tout d'abord, puis plus lente de la température centrale, ce qui n'est pas plus de la *Psychrogénèse* que l'élévation initiale n'était de la *Thermogénèse*, comme le dit à tort mon confrère de Divonne.

Je disais plus haut que le docteur Bottey me semblait avoir confondu la courbe de la température *centrale* avec celle de la température *totale*, qui seule évidemment peut représenter les oscillations de la calorification générale pendant et après les applications froides. Remarquons, en effet, combien ces courbes sont différentes ; elles sont même inverses au début. Ainsi pendant que monte, *par rétention*, la température *centrale*, la température *totale* s'abaisse inévitablement, car il ne peut pas ne pas se produire, et cela dès le premier contact de l'eau froide avec la peau, un échange physique de calorique, une soustraction de celui-ci pour l'ensemble de l'organisme. D'abord intense et rapide sous l'application froide, cette soustraction se ralentit notablement quand, le spasme vasculaire cutané interrompant les communications, la propagation du refroidissement ne peut plus se faire qu'à travers des tissus mauvais conducteurs. Dès que cesse la cause psychrogène, le contact de l'eau froide, cesse aussi la *psychrogénèse*, et commence presque aussitôt la *thermogénèse* de la réaction.

Celle-ci, par suractivité nutritive et fonctionnelle, produit un excès de calorique non apparent tout d'abord, parce qu'il



est noyé dans le grand brassage mélangeur des températures centrale et périphérique, brassage sans influence sur la température *totale*, qui reste en déficit, mais qui fait baisser vivement la température *centrale*, comme nous l'avons vu.

L'équilibre thermique rétabli, la *thermogénèse* devient sensible au thermomètre, parce que le calorique produit en excès n'est plus immédiatement absorbé par la peau refroidie.

Toute application froide engendre donc, au point de vue de la calorification générale, une *hypothermie* immédiate, suivie aussitôt de *thermogénèse* réparatrice, c'est-à-dire exactement l'inverse de ce que décrit le docteur Bottey.

Il va de soi que cette thermogénèse finale s'accompagne de phénomènes chimiques, nutritifs et dynamiques indispensables à toute production de calorique, à toute transformation de forces : ils font partie de la *réaction organique*.

Réaction organique. — Cette *réaction physiologique*, contre-pied de l'action immédiate de l'eau froide, va s'atténuant peu à peu; tout rentre dans l'ordre progressivement ; chaque fonction, chaque organe, dans sa sphère d'activité, travaille lentement à récupérer son état normal, ce à quoi l'on n'arrive guère qu'une heure et demie ou deux heures après l'application froide ; c'est ce que j'appellerai la phase de *réaction organique*, celle des modifications insensibles qui, s'opérant dans l'intimité des tissus et des organes, seront pour ceux-ci le substratum solide et nécessaire d'une amélioration fonctionnelle.

Enfin, ce travail latent terminé, que reste-t-il de l'opération ? Rien, ou à peu près, du moins en apparence. Et pourtant il faut bien admettre qu'il en reste quelque chose, ce *je ne sais quoi* d'inappréciable qui rapproche du mieux-être définitif. C'est en effet par la répétition journalière de ces modifications physiologiques passagères, par l'accumulation prolongée de leurs effets momentanés, qu'on rend aux organes l'habitude et le pouvoir de fonctionner mieux, qu'on obtient en somme la grande réaction de l'organisme contre les causes morbides, la *guérison*.

Chaque réaction isolée est comme une séance de gymnastique méthodique, après laquelle on ne saurait certes trou-

ver un changement appréciable dans la force ou le volume des muscles qui ont travaillé ; pourtant, si l'on répète suffisamment de fois cette séance, on finira inévitablement par obtenir une augmentation de volume et de force de ces muscles.

Aussi la réaction physiologique et organique est-elle particulièrement recherchée en hydrothérapie avec son cortège habituel de phénomènes chimiques, nutritifs et dynamiques, parce qu'elle est la raison d'être de la méthode, qu'elle en explique les effets curatifs.

Je résume en deux mots la série des phénomènes provoqués par les applications froides : impression périphérique vive provoquant une sensation perturbatrice d'intensité variable; réflexion de celle-ci, et vers la peau d'abord et vers les organes éloignés ensuite, pour provoquer en chacun d'eux une *mise en défense* par modifications fonctionnelles; cessation de cet état avec la cause productrice, et retour d'abord oscillatoire des fonctions à la normale, suivi d'une récupération lente et assez régulière de cet état normal ; enfin, comme résidu de l'opération , une molécule de guérison, pour ainsi dire.

J'insiste en passant sur ce fait que, tout cela n'étant en somme qu'un ensemble de phénomènes réflexes consécutifs à l'impression périphérique, la corrélation est évidente avec la sensation perçue ; celle-ci est donc bien le critérium véritable de l'action hydrothérapique, et non pas l'hypothermie finalement obtenue. Cette hypothermie, d'ailleurs, jouât-elle un rôle prépondérant, qu'il n'y aurait pour cela rien à rayer de l'arsenal hydriatique; comme elle n'est que le produit géométrique de la froideur de l'eau par la durée d'application, la conduite à tenir serait même d'une simplicité merveilleuse: jouant arithmétiquement de ces deux facteurs, le médecin avisé pourrait toujours, sa montre dans une main et le thermomètre dans l'autre, obtenir mathématiquement, et avec des variations à l'infini, le résultat cherché.

Mais, je le répète, l'hypothermie n'est qu'un élément, important si l'on veut, de l'action physiologique de l'eau froide, qui reste caractérisée par l'*hyperfonctionnatisme*, c'est-à-dire par l'excitation d'abord, puis l'amélioration des fonctions générales.

ACTION DE LA TIÉDEUR DE L'EAU.

Si les perturbations fonctionnelles étaient toujours et uniquement le but des applications hydrothérapiques, l'eau tiède n'aurait aucune raison de faire partie de la méthode. Avec l'eau exactement tiède en effet, telle que nous l'avons définie, c'est-à-dire isothermale à la peau, la sensation produite est et doit être absolument neutre au point de vue thermique. Et si aucune perturbation sensitive n'est provoquée, il ne peut se produire aucun réflexe physiologique immédiat, par conséquent aucun retour à la normale, aucun phénomène réactionnel consécutif. Aussi, j'aurai vite fait de décrire ce que produit la *Tiédeur de l'eau* (je ne dis pas une *douche tiède*, remarquez-le bien), et je pourrais presque me contenter de dire que l'on n'observe à peu près rien pendant l'application, et pas grand'chose après.

Cependant, pour être neutre au point de vue thermique, la sensation que produit le contact de l'eau tiède n'en est pas moins réelle ; l'impression sur le réseau sensitif cutané, loin d'être pénible et perturbatrice, comme celle de l'eau froide, serait plutôt agréable, et déterminerait comme un sentiment de bien-être périphérique ; la peau semble s'amollir, se dilater par ses papilles, comme en un milieu qui lui plaît ; à une offense extérieure, qui n'a rien de brutal, mais est plutôt agréable, la peau et l'organisme répondent par une attitude bienveillante, si je puis ainsi imager ma pensée. Et c'est là vraisemblablement la cause de la légère sédation que produisent les applications tièdes.

Abstraction faite des résultats pouvant provenir du choc de l'eau, la tiédeur de celle-ci n'a donc qu'une action physiologique immédiate à peine appréciable. Quand cesse l'application, que commence la période improprement appelée de *réaction*, puisqu'aucun organe n'a à réagir, on n'a de même à peu près rien à observer, du moins si l'on sait faire la part de ce qui peut provenir des frictions et manœuvres diverses dont on fait suivre habituellement toute application hydrothérapique.

Si ces pratiques accessoires du traitement sont modérées, si l'eau tiède a été appliquée à un sujet faible, débile, comme c'est malheureusement et irrationnellement le cas

trop souvent, que l'exercice musculaire réactionnel soit par suite peu énergique, la tiédeur de l'eau agira presque seule, et l'on observera, non pas cette sensation agréable de chaleur, de bien-être et de force que procure l'eau froide, mais une tendance au calme sensitif et moteur, un besoin de repos, parfois même de la lassitude.

J'ai dit déjà qu'on pouvait même, à cette période de pseudo-réaction, noter certains malaises, certains petits incidents pathologiques sans importance, qui ne laissent pas toutefois d'effrayer quelque peu les pusillanimes. Le public les désigne en bloc sous l'appellation, qui veut tout dire parce qu'elle ne répond à rien de précis, d'*avoir pris froid!* Ils pourraient bien être dus, en effet, à la légère atonie que produit l'eau tiède sur le réseau sensitif et musculaire lisse de la peau, atonie qui empêche le tégument de réagir assez énergiquement contre les influences morbides et les circonstances physiques du milieu ambiant. Disons tout de suite que la meilleure précaution à prendre contre ces petits accidents est d'insister sur les moyens adjuvants de l'hydrothérapie : frictions, massage, exercice musculaire, dont le résultat physiologique principal est de produire ce que n'a pu faire la tiédeur de l'eau, une légère excitation cutanée et fonctionnelle.

Avant de terminer ce tableau si terne, si vite résumable, de ce que produit l'eau tiède, répétons encore qu'il ne s'applique pas exactement aux pratiques hydrothérapiques, spécialement aux douches dont cet eau est l'agent. C'est que le choc de l'eau, son état de division sous pression, de même que les manœuvres accessoires terminales, ont alors une action toute différente, et généralement plus importante, que celle de la tiédeur proprement dite.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 27 novembre 1893. — Présidence de M. GAYET.

Après un échange d'observations à propos du procès verbal entre MM. Mayet, Ollier et Teissier, M. Gayet propose à la Société de nommer une Commission chargée d'organiser le Congrès de 1894. Cette Commis-

sion est composée de MM. Aubert, Bondet, Lépine, Mayet, Ollier, Poncet et du Bureau de la Société.

RÉINTÉGRATION SANGLANTE ET RÉSECTION DANS LES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE.

M. Maurice POLLOSSON présente un malade chez lequel il a pratiqué une intervention sanglante pour une ancienne luxation irréductible de l'épaule datant de six mois et demi et s'accompagnant de paralysie radiale.

Il a pratiqué l'incision classique de M. Ollier pour la résection et a pu sans trop de difficulté remettre la tête dans la cavité. Le bras a été immobilisé pendant un mois, et au bout de sept semaines le malade complètement guéri a pu reprendre son métier de cultivateur.

Il persiste seulement un peu d'arthrite sèche de l'épaule, mais la force est bien revenue, et tous les mouvements sont possibles, sauf les mouvements d'élévation du bras au-delà de l'angle droit.

M. Pollosson a dans sa pratique un autre cas identique.

Un troisième cas a été moins favorable : il y a eu de la suppuration et il a persisté un certain degré d'ankylose de l'épaule.

Dans un quatrième cas, où des manœuvres de force avaient été tentées antérieurement, où le malade se présentait avec une large ecchymose de la région, il y a eu un phlegmon septique et le malade a succombé.

Dans un cinquième cas, enfin, la réintégration n'a pu se faire et l'opération a dû se terminer par une résection qui a donné d'ailleurs de bons résultats.

M. OLLIER trouve l'opinion de M. Pollosson très juste. Il ne faut pas avoir de parti pris d'avance, ni d'acharnement. On commence une opération pour faire une réintégration, on trouve des difficultés inattendues, on fait la résection. C'est ainsi qu'on doit agir. En tous cas, il faut opérer à ciel ouvert.

M. PONCET a fait deux fois la réintégration sanglante pour des luxations anciennes de l'épaule. Il avait fait son incision directement sur la tête humérale, et il a rencontré d'assez grandes difficultés. Mais il est d'avis que la question d'incision n'a pas une grande importance, qu'il faut surtout se donner du jour, pour triompher méthodiquement de l'irréductibilité. Lister a publié des observations de luxation récente de l'épaule où il a opéré d'emblée, sans avoir fait au préalable des tentatives de réduction.

M. OLLIER croit que la voie axillaire est dangereuse. Langenbeck avait essayé de l'employer dans la résection, mais on ne connaît pas les rapports de la tête et du plexus et on s'expose à des accidents. Il faut toujours faire l'incision classique en avant, celle de la résection.

Quant à la pratique qu'on prête à Lister, elle paraît inadmissible. On doit toujours essayer de réduire une luxation de l'épaule, quand elle date de une, deux ou trois semaines. Avant qu'on connût la résection et la myosyndesmotomie on réduisait un très grand nombre de luxations anciennes. M. Ollier en a réduit une qui datait de onze mois. Il faut y mettre le temps, se faire aider; on peut même utiliser les mouffles à condition d'être prudent.

Ce n'est que quand il y a des fractures que l'intervention immédiate peut être faite : c'est alors la résection.

Mais il faut savoir que les luxations sont souvent méconnues et que quand on ne les réduit pas, les malades arrivent au bout d'un certain temps à se servir de leur épaule et récupèrent la plupart des mouvements utiles.

Avant trois mois on doit toujours essayer la réduction. On peut la tenter au-delà et on réussira souvent. Sinon on fera la myosyndesmotomie.

M. POLLOSSON admet que dans les luxations de l'épaule les lésions ne sont pas toujours les mêmes; quelquefois au bout d'un mois il y a des exsudats organisés et des rétractions faites, qui dans d'autres cas ne sont pas produites au bout de six ou huit mois. C'est ce qui explique qu'on puisse réussir des réductions si tardives. Malheureusement cela est impossible à prévoir, à diagnostiquer. On essaye de réduire sans savoir quel est l'état de l'articulation, et on a des accidents.

Il y a eu à Lyon un arrachement de l'épaule, il y a eu dans le service de Létiévant une mort inexpliquée deux heures après des tentatives prolongées de réduction. M. Pollosson a eu lui-même une rupture de l'axillaire dans une luxation de trois mois chez un vieillard. Il faut donc avoir une règle, et savoir la date jusqu'où on voudra courir et tenter les chances de la réduction.

M. PONCET est absolument d'avis que les méthodes de force ont vécu. Les accidents dans les tentatives de réduction sont fréquents. Il en cite un autre (déchirure de l'axillaire) survenu dans dans un service de l'Hôtel-Dieu. Il est probable que c'est en tenant compte de faits du même genre que Lister n'hésite pas à recourir à une intervention sanglante hâtive. En tous cas la règle qu'on doit adopter c'est qu'on ne tentera pas la réduction après trois mois, qu'on ne se servira que de manœuvres manuelles et qu'on n'emploiera jamais les mouffles qui sont des instruments dangereux, munis d'enregistreurs qui vous donnent une fausse sécurité et avec lesquels on ne sait pas ce que l'on fait.

M. OLLIER n'a jamais eu d'accidents et ignorait qu'il s'en fût produit à Lyon. Avant trois mois il essaye toujours de réduire, soit par des manœuvres manuelles, soit avec des mouffles qu'il faut surveiller. On n'a pas d'accident quand on s'en méfie. C'est une question de prudence et

de sens pratique. La question de temps ne peut pas être tranchée *a priori*. Elle varie avec chaque individu.

M. Pollosson demande si les chirurgiens qui ont réduit des luxations anciennes savent quel a été le résultat fonctionnel définitif au bout de quelques années.

M. Ollier déclare qu'il a revu des malades dix, quinze, vingt ans après la réduction, les résultats étaient excellents et tous les mouvements étaient revenus.

M. Poncet n'a pas réduit de luxation de l'épaule remontant à plus de trois mois. Les résultats chez ces malades qu'il a revus n'étaient pas supérieurs à ceux qui ont été observés chez l'opéré de M. Pollosson. Chez des gens âgés, la réduction d'une luxation ancienne laisse toujours de la raideur articulaire, de l'arthrite sèche, et le mouvement d'élévation du bras ne dépasse pas dans la suite l'angle droit.

M. Ollier insiste sur ses cas personnels, et déclare qu'après les réductions qu'il a faites, les résultats éloignés étaient excellents.

Le Secrétaire-adjoint, G. Roque.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de novembre 1893.— Présidence de M. Cordier.

M. Aubert, à propos du procès-verbal et de l'observation de favus de la paupière supérieure rapportée par M. Dor, remarque qu'un grand nombre de paupières, examinées à la loupe, présentent des poils follets, et qu'il est plausible dans ce cas que le favus puisse se développer primitivement snr la paupière supérieure.

PROTHÈSE IMMÉDIATE APPLIQUÉE AUX RÉSECTIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Cl. Martin lit à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société un mémoire intitulé : *Réflexions sur quelques points relatifs à la prothèse immédiate appliquée aux résections du maxillaire inférieur.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Bard, Soulier et Vallas.

M. Vallas présente la pièce anatomique qui a motivé les observations de M. Martin. La tumeur a le volume d'une petite mandarine et son ablation a entraîné la résection d'une grande partie du maxillaire inférieur. L'incision a été faite très bas et l'extraction a amené un délabrement considérable de la région. On approche ainsi très près des vaisseaux carotidiens. La réunion s'est faite par première inten-

tion, grâce à des lavages antiseptiques répétés d'heure en heure. Le sarcome, qui a débuté il y a environ six ans, s'est développé lentement dans le centre du maxillaire. L'examen histologique n'a pas été fait; mais tout porte à croire que la tumeur n'a qu'une malignité locale et que la malade n'a pas à redouter de récidive.

HYGROMA VOLUMINEUX DE LA BOURSE PRÉROTULIENNE.

M. Louis Dor présente un hygroma de la bourse prérotulienne énucléé par M. Jaboulay. La poche est énorme, et le malade, frère de la Doctrine chrétienne, en était porteur depuis douze ans. Le liquide était séro-sanguinolent. La poche était de 450 cc. de capacité.

HÉMORRHAGIE BULBO-PROTUBÉRANTIELLE.

M. Regaud, interne des hôpitaux, présente les pièces anatomiques d'un malade mort dans le service de M. Mollière.

M. H. Mollière. Il s'agit d'un homme très gros foudroyé par une hémorrhagie bulbo-protubérantielle, qui a présenté en outre à l'autopsie des hémorrhagies rénales très caractérisées. Brown-Séquard a signalé ces hémorrhagies et en a expliqué le mécanisme par un excès de tension bulbaire. L'état savonneux des viscères signalé par Perroud m'a permis de diagnostiquer l'alcoolisme du sujet. L'absence d'urine dans la vessie ne nous a pas permis de rechercher le diabète.

M. Bard. Le cœur que l'on nous présente est manifestement hypertrophié et pèse sûrement plus de 400 grammes; il est probable qu'il y avait une néphrite concomitante, et les hémorrhagies n'auraient dans ce cas rien que de très explicable; mais l'état avancé de décomposition des pièces ne permet pas de l'affirmer.

M. Mollière. Ce n'est pas là un cœur de Traube et il est manifestement graisseux; les parois des deux ventricules sont également hypertrophiées, leurs cavités dilatées, et il ne s'agit en aucune façon d'un cœur tel que celui qu'on rencontre dans les néphrites.

ABCÈS DU CERVEAU.

M. Lathuraz présente le cerveau d'un malade mort dans le service de M. Vallas, suppléant M. Pollosson. Un maçon, âgé de 51 ans, a fait une chute sur le côté droit de la tête; après être resté dans le coma pendant deux jours, il n'avait présenté d'autre trouble qu'une amaurose complète de l'œil droit avec atrophie du globe oculaire. L'accident datait de

trois semaines environ quand, il y a quatre jours, le malade a eu un violent frisson avec température de 41°, est tombé dans le coma suivi de mort. L'autopsie a révélé une fracture esquilleuse de la voûte orbitaire avec section du nerf optique et un abcès sous-arachnoïdien. La partie inférieure du lobe frontal, vers la première et la deuxième circonvolution, présentait un abcès considérable communiquant avec l'extrémité antérieure du ventricule latéral droit. Pas de lésions de l'artère, ni de la veine ophtalmique.

M. Vallas. Ce cas m'a paru intéressant à signaler en raison de l'échéance éloignée de l'accident de cette suppuration cérébrale, en raison aussi de l'absence de tout trouble du côté de la motilité et de la sensibilité, sauf l'amaurose droite. Nous avions cru d'abord à une section de l'artère ophtalmique, ayant constaté au début les symptômes d'une tumeur pulsatile ; mais bientôt tout était rentré dans l'ordre et la plaie cutanée se cicatrisa. Les symptômes cérébraux éclatèrent inopinément et rien ne pouvait les faire prévoir après un silence de trois semaines. On peut se demander s'il y a eu là une infection secondaire ou locale primitive.

FIBROME DE L'UTÉRUS.

M. Tellier présente un fibrome de la grosseur d'une tête d'adulte développé aux dépens du col de l'utérus et provenant du service de M. Fochier. Au sommet de la tumeur on voit l'utérus et à gauche les annexes du même côté. Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, réglée de bonne heure, ayant eu trois couches, la dernière il y a seize ans. Elle souffrait depuis deux ans et avait vu ses règles augmenter depuis cette époque ; la tumeur s'est accrue lentement sans grand retentissement sur l'état général ; mais elle avait des symptômes de compression, de la constipation et de la gêne de la miction. Il y a deux mois les douleurs devinrent intolérables et la malade entra à la Charité, il y a environ trois semaines. A ce moment on constatait dans l'abdomen la présence d'une tumeur lisse, fluctuante, sans bosselures, remontant jusqu'au dessus de l'ombilic. Au toucher le doigt tombait sur le pôle inférieur de la tumeur et non sur le col, et le diagnostic porté fut fibrome à développement intra-ligamentaire. L'opération a été une hystérectomie abdominale et totale et a consisté en l'énucléation de la tumeur suivie de la section circulaire. L'uretère fut heureusement évité, mais le vagin ouvert et l'hémostase difficile ; l'opération fut rapide, les suites sim-

ples ; le lendemain la température était de 38°,6 et tomba rapidement à la normale.

Les tumeurs fibreuses développées aux dépens du col, ou comme dans le cas présent aux dépens de la lèvre antérieure, sont rares ; l'utérus est, pour ainsi dire, appendu à la tumeur; aussi avait-on pensé plutôt à un développement intra-ligamentaire. Il ne pouvait être question que d'une hystérectomie totale. Les divers temps de l'opération doivent être rapides. L'hémostase est difficile à cause de la présence de l'uretère. Nous avons été assez heureux, dans le cas présent, pour l'apercevoir ; mais dans le doute on ne devrait par craindre de disséquer l'uretère du rein à la tumeur.

M. Couette lit un mémoire sur l'action et les indications de la température en hydrothérapie. (Voir pages 431, 478 et 505.)

M. H. Mollière a constaté les excellents effets de la douche écossaise sur l'adipose cutanée.

ABCÈS DU FOIE LATENT.

M. Regaud, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société le foie d'un homme de quarante-huit ans, mort dans le service de M. Devic, suppléant M. Mollière. Cet homme entra à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. L'état général était déprimé et il présentait une sorte de fièvre rémittente avec hyperthermie vespérale oscillant entre 39° et 39°,5, une angine herpétique bien nette et aucun autre phénomène morbide. Il fut baigné pendant vingt-quatre heures. Puis survint un épanchement pleural droit et l'on songea à une tuberculose pulmonaire aiguë. Deux thoracocentèses amenèrent un liquide citrin. L'état s'aggrava promptement sans que l'on pût constater une localisation autre que celle de la plèvre et le malade mourut. L'autopsie a révélé un abcès énorme du lobe droit du foie, contenant deux litres de pus environ ; après évacuation du pus, le foie pesait encore 3 kilogrammes. L'intestin ne portait aucune lésion ancienne ou récente de dysenterie. La rate était petite ; les reins et le cœur normaux ; les poumons sans tubercules. Le liquide pleural a fourni des cultures de staphylocoques ; de même dans le pus de l'abcès hépatique on a trouvé le staphylocoque

doré. Ce cas est intéressant par l'existence d'un abcès du foie en dehors de toute cause intestinale et le peu de symptômes qu'il a fournis, par la pleurésie non purulente de voisinage.

L'un des secrétaires annuels, P.-J. NAVARRE.

REVUE DES LIVRES

Les maladies du soldat, étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique, par M. A. MARVAUD, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard St-Germain, 1894.

Tel est le titre d'un ouvrage de plus de 800 pages, où se trouvent groupées et étudiées d'une façon précise et méthodique toutes les questions afférentes à la morbidité et à la mortalité du soldat. Le volume est divisé en cinq livres partagés en un certain nombre de chapitres.

Le livre Ier est consacré à une étude générale sur la morbidité et la mortalité du soldat envisagé dans les différentes conditions de la vie militaire. Nous y voyons que c'est surtout dans la première année de leur séjour sous les drapeaux que les soldats paient le plus lourd tribut à la maladie et que la proportion des entrées à l'hôpital, aussi bien qu'à l'infirmerie, des jeunes soldats est deux fois plus grande que celle des anciens soldats; nous y voyons surtout que malgré toutes les améliorations qui ont été apportées, principalement depuis quelques années, dans les conditions hygiéniques du soldat français, la mortalité de celui-ci dépasse celle de la population civile du même sexe et du même âge. De plus, alors que l'armée espagnole présente une mortalité de beaucoup supérieure à celle des autres armées européennes, ce qui tient très probablement au recrutement défectueux des soldats, c'est l'armée allemande qui semble présenter la mortalité la plus basse, résultat qui est dû en partie au grand nombre d'éliminations pour réformes temporaires ou définitives effectuées dans cette armée et peut-être aussi à un choix plus minutieux des jeunes soldats au moment de l'incorporation. Pareille mesure, appliquée en notre pays, permettrait peut-être d'obtenir un chiffre de mortalité équivalent et même inférieur à celui de l'armée allemande ; malheureusement cette mesure semble difficile à réaliser en France, parce

qu'on doit incorporer chaque année près de la moitié de chaque contingent, tandis que les Allemands n'ont besoin de n'en incorporer que le tiers.

Parmi les maladies du soldat, les maladies infectieuses constituent le groupe le plus important et le plus intéressant de la pathologie militaire. C'est à leur étude qu'est consacré le livre II ; au premier rang de ces maladies, il faut mettre la tuberculose, la fièvre typhoïde, cette dernière surtout parce qu'elle est la plus meurtrière de ces affections dans l'armée. Dans les garnisons du nord de l'Afrique, elle est devenue, depuis plusieurs années, une cause de morbidité et de mortalité autrement puissante que le paludisme et la dysenterie. Qu'on l'envisage dans les troupes des camps ou bien au milieu des armées en campagne, son rôle est considérable. On peut même dire que c'est la fièvre typhoïde qui commande la marche de la mortalité générale dans l'armée et qui lui imprime ses variations et ses irrégularités brusques. Ce n'est pas à proprement parler dans les facteurs étiologiques si multiples, si divers, invoqués pour le développement ou la propagation de la fièvre typhoïde que se trouvent vraisemblablement la raison du si grand nombre de soldats frappés ou la gravité de l'affection, car ces facteurs sont propres à la fois à la population civile et militaire. Mais les influences qui augmentent la réceptivité des soldats vis-à-vis de la maladie sont représentées par l'encombrement dans les casernes, le surmenage, et surtout par l'âge et le manque d'assuétude aux conditions hygiéniques des villes.

Après la dothiénentérie, vient la tuberculose, maladie des plus communes parmi les soldats et qui constitue une des principales causes d'indisponibilité, d'élimination par réforme et même de mortalité. Ainsi la statistique montre que la mortalité par phtisie parmi les soldats est supérieure de 1 pour 1000 individus à celle que présentent les jeunes gens du même âge dans la population civile, soit 5 sur 1000. Cette affection même produit près du cinquième de la totalité des décès dans l'armée : fait d'ailleurs qui n'est point spécial aux troupes françaises, car dans les armées étrangères, la phtisie y est au moins aussi fréquente que parmi la nôtre. Les corps d'armée semblent présenter d'autant moins de décès et de

réformes par tuberculose qu'ils se rapprochent plus du Midi et qu'ils offrent davantage des conditions d'altitude. D'autre part, et contrairement à ce que l'on voit pour la fièvre typhoïde, les décès par phtisie augmentent proportionnellement avec l'ancienneté de service et l'âge des soldats. La proportion des phtisiques varie suivant les différentes armes; elle offre son maximum dans l'infanterie et son minimum parmi les zouaves. L'influence phtisiogène des milieux militaires est considérable; elle seule est presque suffisante pour expliquer la fréquence de la tuberculose dans l'armée, comparativement à la population civile du même âge. Cette influence résulte principalement et du séjour du soldat dans les grandes villes et de la vie en commun à laquelle l'expose sa profession. Quant à la prophylaxie, question des plus importantes, il faudrait, d'après M. Marvaud, avoir recours aux précautions ci-après : 1° au moment de l'incorporation, éliminer rigoureusement non seulement tous les jeunes gens qui présentent des signes certains de tuberculose, mais encore tous ceux qui semblent prédisposés à cette affection ; — 2° après l'incorporation, éliminer promptement de l'armée tous les sujets qui offrent les premières atteintes de la maladie ; — 3° recourir aux principales mesures indiquées par l'hygiène (construction des casernes en dehors des villes, aération aussi complète que possible des chambrées, éviter la souillure des planchers par les crachats, etc.) pour empêcher le développement et la propagation parmi les soldats de cette affection contagieuse. Tel est le bilan de ces deux affections.

Quant aux autres maladies infectieuses (grippe, choléra, érysipèle, etc.) il faut faire une mention spéciale pour les oreillons, en raison de leur fréquence dans les casernes. Il semblerait découler des nombreuses épidémies observées que la contagion, tout en étant probable, est loin d'être démontrée. De plus, l'orchite ourlienne est très commune chez les soldats alors que cette complication est rarement observée chez les enfants.

Le livre III comprend quelques maladies générales, mais non infectieuses qui s'observent assez souvent dans l'armée, la faiblesse de constitution, le rhumatisme entre autres. La faiblesse de constitution est cet état non caractérisé, indi-

quant une sorte de prédisposition ou d'imminence morbide, plutôt qu'une maladie confirmée. En elle réside une question de premier ordre pour les médecins procédant aux conseils de révision, car il s'agit de reconnaître les malingres, les individus incomplètement développés et de les refuser pour le service actif. Le meilleur critérium pour déterminer le degré de force ou de faiblesse de constitution serait représenté par les rapports qui offrent chez un même individu les trois éléments réunis : la taille, le poids et le périmètre thoracique, ce dernier étant fixé à 0,78 centimètres.

Le livre IV est consacré à l'étude des maladies localisées à l'un des grands appareils organiques, soit les maladies de l'appareil digestif, respiratoire, de l'oreille, de l'œil, etc., dont du reste les formes observées sont analogues à celles qui se présentent dans la population civile. Parmi les maladies de la peau, à signaler la pelade, qui devient de plus en plus commune dans notre armée, où chaque année la statistique signale actuellement de véritables épidémies,— puis l'ecthyma dit des cavaliers, maladie des plus fréquentes, à durée parfois longue et à récidives nombreuses.

Enfin, dans le livre V, sont relatées certaines maladies observées accidentellement parmi les soldats. Si cette appellation est vraie pour les divers accidents produits chez les soldats par l'action de la chaleur, du froid, ou bien tenant d'une hygiène ou d'une alimentation défectueuse, en est-il de même pour une autre catégorie, les maladies vénériennes? Car, à en juger par les statistiques publiées à cet égard dans les armées européennes, on voit que ces maladies constituent une cause d'indisponibilité et de morbidité variant de 46 pour 1000 (armée française), jusqu'à 84 pour 1000 (armée italienne) et 275 pour 1000 dans l'armée anglaise. Assurément, c'est là une quantité non négligeable et qui réclame des mesures sanitaires tout au moins analogues à celles de la prophylaxie civile.

Tel est cet ouvrage, fruit de plusieurs années de labeur, dont nous ne pouvons donner ici qu'un résumé imparfait, car le nombre de faits qui y sont condensés réclamerait parfois une reproduction littérale, souvent une analyse fort détaillée. En tout cas, il est écrit dans un style clair, facile à lire, et à plus d'un titre sert de couronnement aux nombreu-

ses publications faites par l'auteur sur divers sujets de la pathologie militaire. J. Eraud.

REVUE DES JOURNAUX

Prophylaxie de la malaria par la quinine. — Dans le n° 16 du *Lyon Médical*, année 1892, tome 69, nous avons donné l'analyse d'un article de M. le professeur Sésary, d'Alger, qui préconisait en pays paludéen l'emploi quotidien du sulfate de quinine comme moyen préventif de la malaria. Il insistait auprès de ses confrères, exerçant en pays paludéen, pour qu'ils appliquent ce traitement prophylactique pour rendre les ouvriers réfractaires à la malaria. Ce traitement, M. le docteur Barthélemy, médecin de la marine, l'a appliqué aux troupes qui ont fait la campagne du Dahomey en 1892, et en a obtenu les meilleurs résultats.

Le paludisme a sévi principalement sur les Européens. Les évacuations en arrière des malades ont été, pour cette affection, de 6 artilleurs, en septembre ; de 13 légionnaires, 3 artilleurs et 2 tirailleurs sénégalais, en octobre ; de 10 légionnaires, 3 artilleurs, 4 sergents européens des compagnies indigènes et 2 tirailleurs indigènes, en novembre ; au total 43 évacuations dont 39 portant sur des Européens. Cinq de ces derniers rejoignirent la colonne après un assez court séjour à Dogba.

« Ce nombre n'a rien d'exagéré, dit le docteur Barthélemy, nous le trouvons même au-dessous de la moyenne, si nous la comparons aux statistiques des autres expéditions dans des contrées à peu près semblables. Dans tous les cas de paludisme, il n'a été observé qu'un seul accès pernicieux. Cette affection a donc relativement frappé peu de monde ; les précautions, les conseils et l'usage de la quinine préventive sont peut-être la cause de ce peu de malades dans un pays réputé des plus malsains. Les bivouacs étaient, en général, installés sur des terrains secs et légèrement élevés ; de plus, dans les premiers temps, surtout alors que les filtres étaient neufs et fonctionnaient rapidement, les hommes ne buvaient que de l'eau filtrée ou bouillie.

« L'eau de l'Ouémé, quoique relativement claire et courante, ne présentait pas de garanties suffisantes, aussi des

ordres très sévères avaient été donnés pour que les bidons des hommes ne fussent remplis qu'avec des infusions de thé ou de café. En outre, des distributions quotidiennes de sulfate de quinine, à la dose de 10 centigrammes étaient faites. Les cadres européens des troupes indigènes, formés par des sous-officiers tous gens sérieux, ont fait la campagne, se battant presque tous les jours, sans qu'il y ait parmi eux un seul jour d'exemption pour fièvre palustre. Ces militaires prenaient régulièrement leurs 10 ou 20 centigrammes de quinine, selon que la journée devait être plus ou moins fatigante. »

Le docteur Barthélemy est convaincu de l'efficacité de la quinine préventive dans les pays de malaria et il croit même qu'elle peut procurer une certaine immunité contre le paludisme. (*Archives de médecine navale et coloniale*, septembre 1893).

Action de la lumière sur le bacille diphtéritique. — On sait que la lumière exerce en général une action nuisible sur les microbes, les tue ou du moins diminue leur vitalité et devient ainsi un agent prophylactique très puissant. Les recherches de M. d'Espine et Marignac, Roux et Yersin, ont montré que le bacille de la diphtérie n'échappe pas à cette règle. De nombreuses expériences de M. Ledoux-Lebard viennent confirmer et préciser ce point intéressant de l'histoire de la diphtérie. L'action de la lumière diffuse n'empêche pas le développement des cultures de diphtérie, soit à 33°-35°, soit à la température ordinaire. La lumière du soleil arrête ce développement et stérilise les bouillons de culture en quelques jours.

La lumière diffuse a un pouvoir bactéricide nul à l'égard des bacilles diphtéritiques en dilution dans du bouillon neutralisé, grand, au contraire à l'égard des bacilles en dilution dans l'eau distillée. Dans ce dernier cas l'eau agit dans le même sens que la lumière.

La lumière diffuse tue les cultures sèches de diphtérie, étalées en couches minces, en moins de deux jours (24 heures d'éclairement). La lumière directe du soleil agit comme la lumière diffuse, mais avec plus de rapidité.

Le pouvoir bactéricide de la lumière à l'égard du bacille est dû presque exclusivement aux rayons les plus réfringents

du spectre. Les rayons les moins réfringents ont une action nulle ou presque nulle.

La lumière, grâce à son pouvoir bactéricide, stérilisant en moins de deux jours les bacilles diphtéritiques secs ou humides, est un agent prophylactique contre la diphtérie. Mais elle ne peut être employée qu'à titre de moyen adjuvant dans la désinfection des locaux : en effet, dans les fausses membranes la lumière n'arrive aux bacilles qu'après avoir perdu tout ou partie de son intensité, de sorte que les bacilles conservent longtemps leur vitalité et leur virulence. (*Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol.*, nov. 1893.)

La bactériologie des broncho-pneumonies. — Des recherches auxquelles s'est livré M. H. Villard, il résulte que la broncho-pneumonie, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant, n'est due qu'exceptionnellement à la localisation sur le poumon du microbe pathogène d'une maladie générale. Elle résulte d'une infection surajoutée mixte ou secondaire.

Les microorganismes constatés dans les broncho-pneumonies n'envahissent pas le poumon par la voie sanguine, mais bien par la voie aérienne, ils proviennent tous de la bouche, du pharynx et des fosses nasales.

Le pneumocoque a été trouvé pour la première fois par Pasteur dans la bouche, par Netter dans les fosses nasales. Le streptocopyogène a été trouvé dans la salive par Netter, Kurth ; dans les fosses nasales par Besser. Le bacille encapsulé a été signalé par Thost dans le mucus nasal, par Netter dans la salive. Enfin les staphylocoques se trouvent constamment dans la bouche et les fosses nasales.

Dans les broncho-pneumonies primitives, il y a exagération momentanée de la virulence des microbes pathogènes de la bouche sous diverses influences, parmi lesquelles il faut sûrement ranger les influences météorologiques.

Dans les broncho-pneumonies secondaires, la maladie initiale favorise l'action de ces microbes en déterminant la bronchite et les troubles circulatoires pulmonaires nécessaires pour l'arrêt et le développement des germes. De plus la maladie initiale diminue la résistance de l'organisme tout entier qui, affaibli par une première lutte qu'il vient

de soutenir, ne peut résister à l'attaque de nouveaux microbes qu'il porte normalement en lui.

Enfin, certaines maladies, telles que la diphtérie, la rougeole, la grippe, etc., augmentent d'une façon très marquée la virulence et la force d'expansion des microbes de la cavité bucco-pharyngée.

La prophylaxie de la broncho-pneumonie se déduit naturellement des notions pathogéniques qui précèdent. On aura donc recours à l'isolement et à l'antisepsie.

Le principe de l'isolement est surtout important et utile dans les grandes agglomérations hospitalières.

On préservera le malade contre lui-même, c'est-à-dire contre les auto-infections possibles, par des bains, des lavages antiseptiques de la surface cutanée, par l'antisepsie de la cavité bucco-pharyngée. Dans ce but on emploiera les gargarismes à l'eau boriquée ; des badigeonnages avec des tampons imbibés de glycérine boriquée, on introduira dans les narines quelques gouttes d'huile de vaseline boriquée. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 nov. 1893.)

Anatomie pathologique de la maladie de Basedow. — Les théories pathognomoniques qui subsistent actuellement sur le goître exophtalmique ne sont plus guère qu'au nombre de deux : l'une admet l'origine bulbaire des accidents, l'autre en place le point de départ dans le corps thyroïde. Dans ce deuxième cas on fait intervenir aussi le bulbe pour expliquer la plupart des symptômes, mais secondairement. Pour apporter quelques documents de plus à l'étude de cette question qui ne peut être tranchée que par l'anatomie pathologique, MM. Joffroy et Achard publient la relation de six observations avec autopsie.

Ces observations mettent en relief l'absence habituelle de lésions du système nerveux dans la maladie de Basedow (dans un cas il y avait syringomyélie et dans l'autre lésions du tabes) et la fréquence des altérations thyroïdiennes qui n'ont fait défaut dans aucun des cas examinés, même lorsque l'organe ne paraissait pas modifié pendant la vie. Ces altérations du corps thyroïde sont d'ailleurs d'ordre variable (lésions parenchymateuses ou interstitielles d'intensité très diverse), ce qui amène les auteurs à se demander si ces pro-

cessus variés ne produiraient pas un syndrôme thyroïdien uniforme, le goître exophtalmique comparable à d'autres grands syndrômes comme l'urémie ou l'ictère grave.

Ils font aussi remarquer que les lésions observées par eux sont analogues à celles du goître vulgaire dont quelques cas peuvent se terminer par le syndrôme basedowien. (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, nov. 1893.)

Le chloral et ses dérivés (l'hypnal et le chloralimide). — M. Roussel est d'avis de réserver pour l'usage externe le chloral hydraté, dont l'action caustique produit parfois dans l'économie, des effets redoutables et de lui substituer, pour la médication interne, deux de ces succédanés, tels que l'hypnal et le chloralimide qui lui sont supérieurs, parce qu'ils sont dépourvus de sa saveur désagréable et de ses propriétés irritantes, tout en agissant d'une façon plus sûre et plus rapide que lui.

L'hypnal (chloral-antipyrine) est préconisé par le docteur Bardet contre l'insomnie due à la douleur et à la toux. On peut le donner facilement aux enfants, car il est sans saveur.

Dose : 1 gr.

Potion :	Hypnal..........................	2 gr.
	Julep gommeux...............	60 —

Chaque cuillerée contient 0,50 d'hypnal.

Élixir :	Chartreuse	4 gr.
	Eau	15 —
	Hypnal........................	1 —

A prendre en une fois.

Cachets de 1 gr. ; capsules de 0,25,

— Le chloralimide est prescrit aux mêmes doses que le chloral, en paquets, cachets, pastilles, pilules, élixirs et en solution éthérée, alcoolique, chloroformique ou huileuse.

Élixir :	Chloralimide................	2 gr.
	Chartreuse ou élixir de Garus.	15 —

A prendre en une fois. (Thèse de pharmacie de Paris, n° 3, de 1891-92.)

Action anaphrodisiaque de la cocaïne. — M. Wells, chirurgien de la flotte des États-Unis, emploie avec succès

la cocaïne pour combattre les excitations génitales d'origine diverse dans les deux sexes. Pour cela, il administre le médicament, soit à l'intérieur, soit en pulvérisations dans la gorge (5 centigrammes de cocaïne par pulvérisation) ou en lotions sur le gland et le prépuce avec une solution à 4 °/₀₀, ou enfin en injectant la même solution dans l'urèthre. L'action anaphrodisiaque est très sensible. (*El Siglo medico.)*

De la valeur pronostique de l'intolérance de la créosote dans la tuberculose. — M. Burlureaux affirme que la créosote est un précieux agent révélateur de la valeur biologique du sujet. Ce médicament a, pour cet auteur, au point de vue pronostique, une importance révélatrice qui ne le cède en rien à celle de la tuberculine au point de vue diagnostique, et l'on peut formuler les conclusions suivantes : « 1° Tout malade qui ne tolère pas la créosote à petite dose est presque irrémédiablement perdu ; 2° tout malade qui supporte la créosote à hautes doses a des chances sérieuses de guérison ; 3° mais si, après avoir supporté de fortes doses, il vient tout à coup à avoir une intolérance progressive, le pronostic s'assombrit de la façon la plus inquiétante. »

Les malades à tolérance idéale n'éprouvent ni vertiges, ni sueurs, ni urines noires, ni goût prononcé de créosote, ni courbature, ni fièvre. A l'extrême opposé on trouve des malades qui ne supportent pas les moindres doses de créosote sans avoir un ou plusieurs des phénomènes ci-dessus mentionnés.

Le phénomène solennel par excellence révélant l'intoxication, c'est la sensation de refroidissement éprouvée par le malade sept heures après l'injection. Le refroidissement est habituellement précédé d'une hyperthermie qui commence peu de temps après l'injection ; elle va *crescendo* jusqu'à la septième heure ; survient alors la sensation de refroidissement pendant laquelle elle peut persister ; puis elle diminue pour faire place à l'hypothermie progressive. D'autres fois les phénomènes se passent en sens inverse.

Pour M. Burlureaux, cette intolérance est le témoin de la dépréciation de l'organisme, d'un état profond de déchéance. (*La Méd. mod.*, 1er nov. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DU RHÔNE.

Allocution de M. Fochier, président.

Le Syndicat des médecins du Rhône arrive, comme tous les autres Syndicats médicaux, à l'âge adulte par la mise en vigueur de la loi sur l'exercice de la médecine. Qu'a-t-il fait pendant cette période d'enfance incertaine que lui créait une existence légale contestée ? Que sera-t-il ou plutôt que devra-t-il devenir ? Ce sont les deux questions qui se posent tout naturellement aujourd'hui que s'ouvrent devant nous des horizons nouveaux.

Il faut cependant se hâter d'en convenir : on ne peut assimiler le Syndicat lyonnais au voyageur qui vient de gravir une pente ardue et qui, parvenu péniblement au sommet, voit se dérouler devant lui une vaste plaine.

Si le Syndicat a gravi la pente, ce n'est pas grâce à ses efforts, c'est bien simplement par la force des choses ; il n'a point de mérite à cette ascension. Au début, ses partisans et même ses adhérents étaient animés d'une généreuse ardeur. Tous entrevoyaient une période de régénération professionnelle. L'exercice illégal allait être réprimé, un tarif minimum d'honoraires allait être en vigueur et accepté par tous comme une loi, les clients de mauvaise foi allaient être réduits aux secours des pharmaciens, et en même temps les médecins eux-mêmes allaient pratiquer toutes les vertus ; ils soumettraient leurs litiges à la Chambre syndicale, chargeraient une agence centrale du recouvrement de leurs honoraires, ne critiqueraient plus la conduite d'un confrère consulté avant eux, ils n'iraient pas visiter un malade sans s'être assurés qu'un autre médecin ne voyait déjà le client, et que les honoraires du confrère appelé avant eux avaient été soldés, ils s'avertiraient en outre dans les différents quartiers, et par des réunions mensuelles se tiendraient au courant des faits survenus dans la clientèle de chacun et intéressant la masse. Puis de ces réunions de quartier émaneraient, soit des renseignements, soit l'expression de ten-

dances que saurait utiliser et interpréter la Chambre syndicale de façon à constituer une corporation tellement puissante au milieu des indifférents et des indépendants que son autorité morale se serait imposée, que le public aurait fini par considérer le titre de membre du Syndicat comme une garantie d'honorabilité et de dévoûment professionnels. Ainsi la discipline acceptée par tous aurait été utile à tous.

Est-il besoin de vous rappeler avec quelle ardeur généreuse ardeur la première Chambre syndicale s'est mise à l'œuvre ? M. Duviard est encore là pour vous en faire souvenir, Rochas, l'apôtre, manque à l'appel. Le second président ne s'est pas fait moins d'illusion que le premier, et grâce au zèle de Rochas d'abord et de Léon Blanc ensuite, nous avons pu tenter divers essais en cherchant à grouper, à entretenir les intérêts collectifs.

L'indifférence des membres du Syndicat nous a prouvé qu'il n'y avait pas de souffrances réelles dans le corps médical lyonnais, ou que nous nous étions mépris sur l'intérêt de nos tentatives. Cette dernière hypothèse nous paraît être la vraie. Aussi, nous sommes-nous résignés à attendre que l'existence légale donnât une seconde jeunesse au Syndicat avant de tenter d'intéresser les divers membres à son fonctionnement.

Il nous semble bien que la lutte à ciel ouvert, la lutte retentissante et publique est devenue le seul moyen de grouper les volontés, et que la Chambre syndicale future, après avoir obtenu ce premier résultat, devra profiter de ce groupement pour faire une besogne plus modeste et plus utile que la répression de l'exercice illégal, pour introduire l'esprit de corps et la discipline parmi les médecins.

Telle est la formule générale qui devrait diriger nos efforts : la répression de l'exercice illégal n'est pas le but, mais le moyen, le but c'est l'établissement d'une solidité effective entre les membres du Syndicat, la création d'un nouveau titre à la considération et à la confiance publiques.

Quant aux moyens d'aller chercher chacun chez soi, dans cet isolement qui paraît être de l'indépendance et qui n'est que de la sauvagerie, quant au moyen de faire que chacun prenne part à l'œuvre commune, il en est plusieurs qui méritent d'être discutés.

Tout d'abord la publication, discrète bien entendu, des séances de la Chambre syndicale. A Paris une Association syndicale a employé ce procédé et paraît en obtenir de bons résultats. Cette publication n'entraînerait que peu de frais et pourrait rendre des services en provoquant des correspondances et des critiques.

Il est un autre moyen qui consisterait dans la constitution de groupes de quartier, envoyant des délégués à la Chambre syndicale, quelque chose d'analogue aux comités électoraux lyonnais. La solidarité professionnelle n'excite pas chez nous un sentiment comparable aux passions politiques, et les réunions de groupes risqueraient fort de ne pas être suivies. Mais il semble nécessaire de tenir compte de ce fait de l'existence de quartiers à physionomies différentes, d'habitudes dissemblables dans une grande ville comme Lyon, et il serait bon que, par exemple, les six arrondissements municipaux fussent représentés chacun par deux membres de la Chambre syndicale, les membres du Syndicat n'habitant pas Lyon ayant aussi une représentation proportionnelle à leur nombre.

Quoi qu'il en soit, le Syndicat ne vivra que s'il réussit à intéresser tous ses membres et à rendre son action manifeste.

Pour centraliser cette vie et pour la diffuser ensuite, permettez-moi de vous dire qu'il vous faut un président plus actif que moi, et aussi moins attaché à des institutions qui peuvent avoir des intérêts différents de celui du Syndicat. Il faut dans tous les cas un président qui n'ait pas subi les désillusions des tentatives avortées, et, tout en remerciant les membres du Syndicat du grand témoignage de confiance qu'ils m'ont donné en me maintenant pendant quatre années à la présidence, je les préviens qu'il est inutile de m'honorer de leurs suffrages, que ma résolution est prise, que je veux servir désormais dans le rang, et donner l'exemple en soutenant l'œuvre commune comme simple membre du Syndicat.

VARIÉTÉS

Les Médecins experts devant les Tribunaux.

La nouvelle loi sur l'*Exercice de la médecine*, du 30 novembre 1892, dont l'enfantement, on s'en souvient, a été si laborieux, a établi en son article 14, paragraphe 2 et 3 :

1° Qu'un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins ;

2° Que le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Or, dans sa séance du 9 novembre dernier, le Conseil d'État a adopté le projet de décret suivant, relatif à ce double règlement d'administration publique, et qui intéresse directement et suffisamment tous nos confrères, pour que nous ayons besoin d'en justifier la reproduction textuelle :

PROJET DE DÉCRET.

CHAPITRE Ier. — *Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.*

Art. 1er. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les Cours d'appel, en chambre de conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 13, 44, 235 et 260 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II. — *Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.*

Art. 4. — Chaque médecin requis par les officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement ... 8 francs.

2° Pour toute opération autre que l'autopsie.. 10 —

3° Pour autopsie avant inhumation.......... 25 —
4° Pour autopsie après exhumation.......... 35 —

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 à 25 fr., suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 fr.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° Vingt centimes si le transport a été effectué en chemin de fer.

2° Quarante centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction, devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III. — *Dispositions transitoires.*

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité, de durée d'exercice de leur profession et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

Art. 12. — Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

Art. 13. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret.

Nous nous proposons d'examiner prochainement si ces nouveaux dispositifs donnent toute la satisfaction désirable, et à laquelle semblent avoir légitimement droit les médecins revêtus du titre d'expert.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (séance du 6 décembre 1893). — M. le docteur A. Rivière, de retour d'un voyage à Vienne, fait part à la Société de la pratique des chirurgiens auristes viennois relativement à la mastoïdite. Il fait connaître les diverses variétés de cette affection et insiste sur la préférence que Politzer donne à l'ouverture de l'abcès mastoïdien à l'aide de la gouge et le maillet sur la trépanation. Jamais d'insuccès, exception faite pour les mastoïdites relevant de la tuberculose ou de l'influenza.

— M. Guinard fait une communication sur le diaphtol. C'est une substance jaune, peu soluble dans l'eau, peu toxique, bien tolérée par l'estomac à la dose de 2 ou 3 grammes et s'éliminant en nature par les urines. Additionné de carbonate de soude, il forme un diaphtolate de soude soluble dans l'eau à 2 °/₀. Son pouvoir bactéricide est faible. L'urine des animaux ayant absorbé une certaine quantité de diaphtol ne devient jamais ammoniacale. Ce nouveau produit, si l'observation clinique confirme les données expérimentales, serait un excellent antiseptique génito-urinaire.

— M. Auguste Pollosson présente un kyste séreux du volume d'une tête de fœtus à terme, qu'il a extirpé de la région axillaire chez un jeune homme de 25 ans. A la coupe on le trouve constitué par des poches multiples.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — La Faculté de médecine, appelée à se prononcer sur les candidats à la chaire de médecine opératoire, a présenté en première ligne M. Pollosson (Maurice), agrégé, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; en deuxième ligne, M. Gangolphe, agrégé, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu ; en troisième ligne, M. Jaboulay, agrégé, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Barral est chargé des fonctions d'agrégé pour l'année scolaire 1893-1894.

— M. le docteur Repelin est nommé aide de clinique de la chaire des maladies des femmes.

LA VARIOLE A ANTIBES. — Il y a quinze jours, plusieurs journaux de médecine de Paris annonçaient une grave épidémie de variole à Antibes, ville de 6.000 habitants.

Voici à la date du 1er décembre quel était le nombre des victimes :

La variole a été importée dans cette ville par un matelot grec mort à l'hôpital dans les premiers jours de novembre.

A la suite, cas assez nombreux de varioles discrètes et de varioloïdes, varioles confluentes et cohérentes rares, et mort de trois enfants de 10 à 20 mois NON VACCINÉS.

La maladie frappe surtout les Piémontais qui ne veulent pas se faire revacciner, et l'autorité municipale est, paraît-il, obligée de requérir l'assistance du commissaire de police pour pratiquer la désinfection des maisons.

Il y a tout lieu d'espérer que les vaccinations et revaccinations pratiquées en grand nombre auront rapidement raison de cette épidémie.

Notons qu'une épidémie de variole règne actuellement à Paris : elle a

causé, pendant la 47e semaine, 72 entrées dans les hôpitaux au lieu de 47 pendant le semaine précédente.

THÈSES PRÉSENTÉES ET SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894 (1).

N° 831. — Jaffary (Charles) : De la prothèse immédiate appliquée au traitement des fractures du maxillaire par armes à feu (9 nov. 1893).

N° 832. — Repelin (Edmond) : Traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc (ibid.).

N° 833. — Levrat (Gustave) : De la valeur de la castration ovarienne dans les fibromes utérins (ib.).

N° 834. — Vincenti (Alphonse) : De l'agrandissement de la chambre ante-irienne dans le recul de l'iris (18 nov.).

N° 835. — Gascon (Roger) : De l'absorption par la voie rectale des médicaments en solution concentrée (ib.).

N° 836. — Perdu (Léon) : Essai sur les formes cliniques du cancer primitif du pancréas (17 nov.).

N° 837. — Cadot (Antoine-Marie-Auguste) : De la voix eunucoïque, son traitement (25 nov.).

N° 838. — Duroselle (Charles) : La laparotomie hâtive dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu de petit calibre (23 nov.).

N° 839. — Villard (Eugène) : Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Quelques résultats éloignés de la castration (23 nov.).

N° 840. — Mennessier (Georges) : Quelques considérations sur les corps étrangers de l'urètre. Observation de l'homme à la corde nouée dans l'urètre. Urétro-stomie périnéale (23 nov.).

N° 841. — Jægié (Paul) : Les polypes placentaires (27 nov.)

CONCOURS DU BUREAU DE BIENFAISANCE. — Ce concours fort intéressant, auquel ont pris part dix de nos confrères, s'est terminé jeudi soir par la nomination comme médecins titulaires de MM. Bret, Favre et Frenkel Le diagnostic a porté sur deux malades, un homme atteint de zona intercostal, une jeune femme qui présentait un rétrécissement mitral avec des restes d'une hémiplégie déterminée par une embolie cérébrale.

LA MORPHINOMANIE EN EXTRÊME-ORIENT. — On a pu croire jusqu'ici que les pays civilisés seuls s'adonnaient à la morphine. C'est là une erreur, d'après ce que nous apprend M. le docteur Ern. Martin dans le *Journal d'hygiène*. La seringue de Pravaz vient d'envahir la nation chinoise et un grand nombre de fumeurs d'opium renoncent pour elle à leur pipe. Ce qu'il y a de plus original, c'est que les injections de morphine ont été préconisées, en Extrême-Orient, comme moyen de guérir la passion des fumeurs d'opium, et leur succès, toujours grandissant, paraît-il, s'explique par le bon marché de cette nouvelle passion, comparativement à l'ancienne. Mais cela ne fait pas le compte de l'Angleterre.

(1) Pour les thèses de 1892-1893, voir *Lyon Médical*, tome 73, p. 528.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Novembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITE en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
26	748	0 m	740	2 s	+ 6.5	9 s	— 0.4	0 m	92	90	0.1	glac.	27
27	756	12 s	743	0 m	+ 5.7	10 m	+ 4.1	3 m	85	52	8.4	—	19
28	761	9 s	756	0 m	+ 4.1	1 s	— 2.6	8 m	78	58	0.0	—	24
29	760	0 m	753	12 s	— 1.0	6 s	— 3.7	9 m	98	96	0.0	—	17
30	753	0 m	743	12 s	+ 0.0	3 s	— 3.2	8 m	100	93	0.0	—	20
1	747	12 s	743	0 m	+ 4.0	2 s	— 1.2	0 m	89	71	0.0	—	21
2	750	12 s	747	0 m	+ 4.0	6 s	— 0.7	6 m	94	67	0.0	—	20

Maladies régnantes. — L'état sanitaire continue à être satisfaisant avec un chiffre mortuaire plus faible que la semaine dernière.

Il a été enregistré pendant la 48e semaine de 1893 148 décès, au lieu de 158 survenus la semaine précédente et 132 pendant la période correspondante de 1892.

Les maladies aiguës des organes respiratoires sont de plus en plus prédominantes : bronchites aiguës assez nombreuses, mais peu graves, broncho-pneumonies et pneumonies assez fréquentes.

En certaine proportion des grippes, *vulgo* fièvres catarrhales, mais sans caractère épidémique.

Les hémorrhagies cérébrales ont diminué, mais les méningites aiguës et tuberculeuses ont augmenté.

Quant aux maladies infectieuses, celles du moins que la loi du 30 novembre 1892 nous oblige à considérer comme telles, continuent à être rares, car toutes réunies elles n'ont causé que cinq décès.

Les tuberculeux, les cardiaques, les cachectiques en général, sont éprouvés par l'abaissement de la température.

Sur les 148 décès hebdomadaires (112 en ville, 36 dans les hôpitaux civils), 32 ont été constatés chez des personnes ayant dépassé 70 ans, et 12 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 2 décembre 1893, on a constaté 148 décès :

Fièvre typhoïde....	3	Catarrhe pulmonaire	14	Affections du cœur.	10
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	6	— des reins....	5
Rougeole....... ..	0	Pneumonie........	9	— cancéreuses.	9
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	0	— chirurgicales	10
Erysipèle.........	1	Phthisie pulmon...	23	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup...	1	Autres tuberculoses.	3	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	7	Aut. causes de décès	24
Affect. puerpérales	0	Mal.cérébro-spinales	11		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	4	Naissances.......	150
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés	13
Bronchite aiguë...	2	Cirrhose du foie....	1	Décès	148

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

DE QUELQUES ALCALOÏDES ÉTANT SUCCESSIVEMENT HIDROTIQUES, PUIS ANHIDROTIQUES : LOBÉLINE, CYTISINE, ACONITINE ;

Par le docteur P. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille.

CYTISINE.

La cytisine au point de vue de son effet sur les glandes sudoripares présente des propriétés analogues à celles de la lobéline, mais plus atténuées ; l'action hidrotique est plus légère, l'action anhidrotique, moins durable et moins intense.

La cytisine est un alcaloïde cristallisé, formant une masse blanche de cristaux rayonnés, très soluble dans l'eau et l'alcool. On l'extrait surtout du Cytisus Laburnum ou cytise Aubour, de la famille des légumineuses.

Les souvenirs classiques

Florentem cytisum sequitur lasciva capella. Egl. I.
Sic cytiso pastæ distentent ubera vaccæ. Egl. II.

L'agneau broute le serpolet,
La chèvre s'attache au cytise, etc.

ont jusqu'à notre époque pesé sur l'esprit des naturalistes, relativement aux dangers du cytise, et Baillon dit encore, sans distinction d'espèces, en 1880, dans le Dictionnaire des sciences médicales, que plusieurs animaux s'en nourissent ; il reconnaît pourtant qu'il n'est pas sans danger pour l'homme.

Diverses recherches antérieures et bon nombre de faits empruntés à la médecine ou à l'art vétérinaire avaient déjà établi le danger des cytises. Ces recherches ont été précisées et complétées sur bien des points par le travail de Cornevin qui, entre autres faits nouveaux, a eu le mérite de dire quelles espèces sont inoffensives et quelles espèces constituent de véritables poisons. On pourra lire le détail de ces recherches dans les Annales de la Société d'agriculture et d'histoire naturelle de Lyon, 1886, et dans le *Traité des plantes vénéneuses*, 1887, p. 1 et suivantes, p. 284 et suivantes.

D'après cet auteur, le genre cytisus est le plus redoutable de tous ceux de la famille des légumineuses par le nombre de ses espèces toxiques et la violence du poison qu'elles produisent.

Les recherches de Cornevin ont porté sur 13 espèces de cytises. Sur ce nombre, trois espèces, les C. argenteus, sessilifolius, capitatus ne sont pas toxiques ; trois, les C. proliferus, nigricans, supinus le sont très peu ; deux, les C. elongatus et Alschingeri le sont plus ; et enfin, cinq, les C. alpinus, laburnum, purpureus, Weldeni et biflora sont également et fortement toxiques.

De ces espèces, la plus répandue dans nos pays est le Cytisus laburnum ou Aubour, arbuste vigoureux à feuilles trifoliolées, ayant de superbes grappes de fleurs jaunes.

Nos animaux domestiques sont tous sensibles à l'action du cytise ; le chien et le chat se défendent contre cette action par le vomissement ; le lapin et la chèvre par une rapide élimination du poison dans les urines où on le retrouve. Ce poison ne se localise ni dans le sang, ni dans les glandes, ni dans les muscles ; la chair des animaux empoisonnés peut donc être utilisée ; mais il se fixe dans le bulbe et les centres nerveux qui ne peuvent servir à l'alimentation.

La cytisine est essentiellement un poison nerveux et bulbaire.

Dans l'espèce humaine ce sont les graines prises pour des pois, mais plus encore les fleurs qui occasionnent des accidents, soit parce que des enfants les ont portées à la bouche, soit parce qu'on les a employées par erreur à la place de fleurs d'acacia pour les usages culinaires et les beignets.

Les symptômes observés chez l'homme sont les suivants : il y a d'abord des nausées et des vomissements, puis du vertige, de la céphalalgie, de la diarrhée ; ensuite une sorte d'ivresse accompagnée d'une grande prostration des forces, de titubation, de coliques, de cyanose de la face, faisant bientôt place à de la pâleur, des sueurs abondantes, spécialement à la tête, et de l'émission d'urine. Si la quantité ingérée doit amener un dénouement fatal, des convulsions apparaissent, la respiration s'embarrasse, devient bruyante, et la mort survient entre quatorze et quarante heures après le début des accidents.

Ce tableau composé de traits pris dans des observations éparses est un peu confus ; notons que les sueurs y sont mentionnées. Les sueurs ont été également signalées par Cornevin chez le cheval à une période avancée de l'intoxication : l'animal ruiselle et se trouve dans une véritable buée.

On peut s'étonner qu'avec une action toxique aussi prononcée, indice de propriétés actives, le cytise ne soit pas plus employé en thérapeutique; c'est à peine s'il est mentionné, quand il l'est, dans la plupart des traités; Soulier n'y consacre que quelques lignes à propos des vomitifs, et indique l'emploi de la cytisine en injections sous-cutanées à la dose de 3 à 5 milligr. dans les formes dites paralytiques de la migraine.

Le seul mémoire un peu étendu sur l'emploi du cytise Aubour est celui de Gray *(Edinburgh med. Journ.*, 1862), longuement mentionné par Hahn dans le Dictionnaire des sciences médicales.

Au point de vue physiologique, Gray, après l'administration de l'extrait de cytise par l'estomac, signale une légère excitation du système nerveux avec accélération du pouls et de la respiration ; puis il survient de la torpeur et de la tendance au sommeil. Les sécrétions urinaire et biliaire sont un peu augmentées, parfois il y a de la diarrhée profuse, mais sans irritation du tube digestif.

Au point de vue thérapeutique, Gray donne la décoction de cytise amenée par concentration à un poids spécifique de 1,024 à la dose de 1 à 20 gouttes, fréquemment répétées suivant l'âge et la constitution du sujet; l'extrait se donne à la dose de 5 milligrammes à 10 centigrammes.

On obtient au moyen du cytise un effet narcotique très net, et pour que cette action ne soit pas précédée de vomissements il suffit de ne pas dépasser les doses indiquées ci-dessus.

Vauters préconisait les jeunes pousses de cytise comme succédané du séné.

Gray attribue en outre au cytise des propriétés stomachiques et cholagogues, il l'a surtout trouvé utile dans le traitement de la dyspnée bilieuse avec vomissements bilieux périodiques et alternatives de constipation et de diarrhée. Il donne dans ces cas des doses plus élevées, trois fois par

jours avant les repas, pendant six à huit semaines. L'appétit ne tarde pas à revenir en même temps que les vomissements s'arrêtent.

Les préparations de cytise paraissent exercer une action très favorable dans la plupart des troubles fonctionnels du foie ; elles arrêtent rapidement les vomissements des enfants quands ils sont dus à une irritabilité exagérée de l'estomac. Il convient de les donner dans ces cas environ dix minutes avant le repas et à dose peu élevée. De petites doses fréquemment répétées sont un bon palliatif contre les quintes de la coqueluche.

En Angletere, l'emploi du cytise comme diurétique est populaire.

Gray a employé avec succès le cytise contre les nausées et les vomissements des premiers temps de la grossesse.

Il est utile en outre dans le traitement du prurigo à condition d'employer des doses très élevées répétées quatre fois par jour et d'appliquer extérieurement des compresses imbibées d'une décoction de cytise.

De même que les autres narcotiques, les préparations de cytise ont une action sédative utile pour calmer la toux dans la bronchite et la dyspnée dans l'asthme.

Un calmant efficace qui au lieu de couper l'appétit, comme les calmants ordinaires, les opiacés par exemple, peut au contraire améliorer les fonctions digestives, ne semble point être un médicament banal et il mériterait à ce titre d'être plus employé.

C'est pour cela que nous avons insisté un peu longuement sur le travail de Gray, exposé par Hahn, bien qu'il ne se rattache qu'indirectement à mes recherches.

Il est pourtant un point commun des recherches de Gray et des miennes constituant comme un contrôle et une garantie d'exactitude pour tous deux, c'est que les préparations de cytise se comportent pour les glandes sudoripares comme pour l'organisme en général, et qu'elles y provoquent une excitation légère bientôt suivie de torpeur ; c'est aussi que l'action n'est pas de longue durée, d'où l'utilité au point de vue thérapeutique de renouveler les doses comme le recommande Gray.

Voici maintenant l'exposé de mes expériences, plusieurs

fois répétées, et qui m'ont toujours donné des résultats concordants.

1° Action de la cytisine seule.

Expérience I. — Je fais passer pendant une minute, avec un courant de 15 milliampères, une solution aqueuse de cytisine de un centigramme par gramme ; puis, les empreintes sudorales sont prises à peu près de minute en minute. Le n° 1 a une sudation faible, mais nette ; les n°s 2, 3, 4 et 5, une sudation plus forte ; le n° 5 une sudation plus forte ; le n° 6 une sudation faible et le n° 7 une sudation presque nulle.

Cette expérience prouve que la cytisine a une action hidrotique légère dont la durée ne dépassa pas 6 à 7 minutes ; mais elle ne permet pas de constater l'action anhidrotique.

2° Action de la cytisine agissant sur des surfaces mises en sueur par l'aconitine.

Expérience II. — Faite dans des conditions un peu différentes sur les deux avant-bras du même sujet.

A droite, passage d'une solution d'aconitine de un centigramme par gramme, et cinq minutes après au même point passage d'une solution de cytisine au même titre pendant une minute.

A gauche, le passage de la cytisine a eu lieu immédiatement après celui de l'aconitine, avant que celle-ci n'ait eu le temps d'établir pleinement son action. Ces diverses opérations ayant été effectuées entre 8 h. 20 et 8 h. 25, huit empreintes sont prises entre 8 h. 25 et 10 h. 15. L'heure exacte des trois premières n'a pas été notée ; les cinq autres ont été prises à 9 h. 5, 9 h. 40, 9 h. 50, 10 h., 10 h. 15.

A gauche, il y a un effet anhidrotique léger et incomplet sur les n°s 4, 5, 6, faible sur le n° 7, tendant à disparaître sur le n° 8.

A droite, n° 1 sueur totale, n° 2 très légère diminution de la sueur ; n°s 3, 4, 5 et 6, effet anhidrotique toujours incomplet, mais un peu plus intense. Sur le n° 7, action très faible ; sur le n° 8 il n'existe plus d'effet anhidrotique appréciable et toutes les glandes stimulées par l'action persistante de l'aconitine ont repris leurs fonctions.

Cette expérience prouve qu'à dose égale la cytisine a peine

à lutter contre l'aconitine, et que son action anhidrotique met à peine deux heures à s'éteindre, alors que l'action hidrotique de l'aconitine survit.

Aussi pour bien mettre en lumière l'effet anhidrotique de la cytisine, ai-je dû employer des solutions d'aconitine beaucoup plus faibles, de un milligramme par gramme seulement.

Expérience III. — De 8. h. 23 à 8 h. 24, passage d'une solution d'aconitine de 1 milligramme par gramme; de 8 h. 25 à 8 h. 26, passage au même point d'une solution de cytisine de 1 centigramme par gramme. Onze empreintes sont prises de 8 h. 35 à 10 h. 25. Voici les heures exactes : les nos 1, 2 et 3 entre 8 h. 35 et 8. h. 40; les nos 4 et 5 entre 8 h. 48 et 8 h. 52; le n° 6 à 8 h. 55; le n° 7, à 9 h. 5; le n° 8 à 9 h. 20; le n° 9 à 10 h.; le n° 10 à 10 h. 15; le n° 11 à 10 h. 25.

Les nos 1, 2 et 3 ont une anhidrose déjà nette, mais n'atteignant pas toutes les glandes ; les nos 4, 5, 6, 7 et 8 ont un centre complet d'anhidrose entouré d'une zone sécrétante due à la diffusion de l'aconitine. Sur les nos 9, 10 et 11, les glandes du centre reprennent peu à peu leur fonction ; et sur le n° 11 presque toutes sécrètent, quoique faiblement.

Dans cette expérience l'effet anhidrotique léger de la cytisine se révèle nettement; cet effet, comme dans l'expérience précédente dure à peine deux heures.

Des recherches qui précèdent je tire les conclusions suivantes :

1° La cytisine, comme la lobéline, excite d'abord, puis paralyse les glandes sudoripares ;

2° L'action excitante de la cytisine est plus faible que celle de la lobéline, mais dure à peu près le même temps, six à sept minutes.

3° L'action paralysante de la cytisine est plus faible et moins prolongée que celle de la lobéline, sa durée atteint à peine deux heures.

ACONITINE.

L'aconitine du Napel est l'alcaloïde hidrotique par excellence, son action locale est en effet plus durable, plus intime

et plus efficace que celle de la pilocarpine, comme je l'ai établi dans un mémoire spécial. (*Lyon Médical.*)

L'aconitine ferox et l'aconitine japonaise sont, au contraire, au point de vue de la sueur, des alcaloïdes indifférents.

Aussi, est-ce de l'aconitine de Napel que je me sers habituellement pour explorer la fonction sudorale périphérique, et je l'ai employé à ce point de vue dans toute une série d'affections médicales, chirurgicales ou spéciales. Il faut être prudent dans cet emploi de l'aconitine et ne pas oublier qu'une dose de un milligramme d'aconitine cristallisée peut être toxique; aussi ne doit-on l'employer que sur un épiderme sain et la remplacer par la pilocarpine toutes les fois que par suite d'érosions ou de lésions cutanées la perméabilité de la peau est accrue. Pourtant même dans ces cas j'ai pu employer l'aconitine en n'agissant que sur de petites surfaces et en n'employant que des solutions de un milligramme par gramme.

J'ai fait avec l'aconitine du Napel un très grand nombre de recherches dans les conditions les plus diverses, et en ai toujours obtenu un effet hidrotique persistant pendant plus de deux heures. Une seule fois sur une jeune fille de 20 ans, à idiosyncrasie spéciale, j'ai constaté un effet anhidrotique.

J'expérimentai l'action de divers alcaloïdes de l'opium : codéine, apocodéine, méconarcéine, méconine, morphine, apomorphine, narcotine, papavérine, thébaïne, ces alcaloïdes, soit dit en passant, sont, au point de vue de la sueur locale, tous indifférents. Je venais de faire passer par le courant continu une solution de méconarcéine de un centigramme par gramme, et après avoir constaté qu'il n'y avait aucun effet hidrotique produit, je vérifiais en faisant passer au même point une solution d'aconitine de un milligramme par gramme, si la méconarcéine n'aurait pas un effet anhidrotique. Le passage de l'aconitine avait eu lieu pendant une minute de 8 h. 50 à 8 h. 51. J'ai pris entre 8 h. 55 et 10 h. 45 neuf empreintes dont les heures exactes n'ont pas été notées, sauf pour la première et la dernière. Sur le n° 1 empreinte sudorale totale, n° 2 quelques glandes font détaut au centre, n° 3, il manque un plus grand nombre de glandes, sur toutes les autres il y a un centre presque complet d'anhi-

drose avec conservation d'une large zone périphéririque sécrétante. Sur cette malade le courant avait une intensité que je n'avais pas notée exactement, mais qui dépassait 20 milliampères. J'emploie rarement cette intensité, car il en résulte une légère douleur qui cesse du reste avec le passage du courant. Je voulus vérifier sur la même personne si l'anhidrose tenait à la force du courant, et fis passer sur l'avant-bras gauche une solution alcoolique d'aconitine de 1 milligramme par gramme à gauche avec 24 éléments et une intensité de 35 à 40 milliampères, à droite avec 10 éléments et une intensité de 8 à 10 milliampères. Seize empreintes furent prises des deux côtés entre 9 h. et 11 h. 1/2, à 9 h., 9 h. 4, 9 h. 9, 9 h. 14, 9 h. 19, 9 h. 24, 9 h. 29, 9 h. 34, 9 h. 49, 10 h., 10 h. 30, 10 h. 40, 10 h. 50, 11 h. 5, 11 h. 15. 11 h. 30.

A gauche, côté des 40 milliampères, la première empreinte à 9 h. est intense et barbouillée par l'abondance de la sueur, à 9 h. 4 toutes les glandes du centre sont encore représentées, mais sécrétant un peu moins que celles de la périphérie ; à 9 h. 9 bon nombre de glandes du centre ont cessé de sécréter. Le nombre des glandes paralysées augmente dans les empreintes suivantes. Le centre de l'empreinte de 9 h. 19, qui représente un cercle de deux centimètres de diamètre, n'a guère que 20 glandes en activité, et cela se maintient ainsi avec réapparition lente d'un plus grand nombre de glandes jusqu'à 9 h. 49, puis le nombre des glandes qui reprennent leur activité augmente toujours, mais sans jamais en comprendre la totalité.

A droite, 10 milliampères, ces différences n'existent pas et toutes les empreintes sont totales.

Ici donc l'anhidrose centrale tenait bien à l'intensité du passage du courant.

C'est tout ce que j'ai pu savoir, car j'ai répété cette expérience sur moi et sur bon nombre de sujets sans en trouver un qui présente la même réaction. Je l'ai regretté, car j'avais tout un plan d'expériences qui aurait permis peut-être de débrouiller certains points de la physiologie générale des glandes sudoripares.

Une fois pourtant j'ai obtenu la même réaction, mais à un degré trop faible pour qu'elle puisse servir à des recherches précises.

Je n'ai jamais non plus observé d'effet analogue avec la pilocarpine, la muscarine, la nicotine; mais lorsqu'on voit l'alcaloïde hidrotique par excellence, l'aconitine, dans certaines conditions mal déterminées, provoquer l'anhidrose, on peut se demander si tout alcaloïde hidrotique ne peut pas, dans certaines circonstances, donner le même résultat. Pour la lobéline et la cytisine ce résultat est constant ; il est dans la nature de ces alcaloïdes de produire une excitation sudorale courte et faible, suivie d'une paralysie plus ou moins prolongée ; ce n'est donc point la violence de l'excitation, c'est sa nature qui provoque la paralysie consécutive.

Il y a là matière à recherches nouvelles, mais pour le moment cette question est trop peu fouillée pour que je puisse en tirer une conclusion autre que la suivante : Dans certaines conditions où l'idiosyncrasie du sujet paraît jouer le principal rôle, l'aconitine du Napel, alcaloïde hidrotique par excellence, peut devenir anhidrotique.

ACTION ET INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE ;

Par M. le docteur Couette.

Suite. — (Voir les numéros 48, 49 et 50.)

ACTION DE LA CHALEUR DE L'EAU.

Comme celle de la froideur, l'action de la chaleur n'a guère été étudiée physiologiquement qu'au point de vue de ses résultats extrêmes ; aussi ce que l'on connaît surtout, c'est l'action des températures ambiantes, hautes et prolongées, le mode et la durée de résistance de l'organisme à ces températures. Mais la physiologie de l'eau chaude en applications hydrothérapiques est à peine ébauchée ; oserai-je même dire que, à part Beni-Barde, promoteur principal des douches chaudes, et surtout écossaises, aucun hydropathe faisant autorité ne semble s'en être occupé.

Une telle omission est peut être excusable chez Fleury, chez Duval, chez tous ceux qui font profession et le déclarent hautement, de n'employer que l'eau froide, et traitent « d'hydriâtres », de « baigneurs thérapeutes », de vulgaires

opportunistes en un mot, ceux qui, moins absolus, croient à l'efficacité, en certaines circonstances, de l'eau chaude, et l'utilisent volontiers le cas échéant. Pour les premiers, les *Psychropathes*, l'emploi du calorique n'est compris et décrit dans leurs livres que comme moyen de sudation (étuves, bains de caisse, bains de sable, emmaillottement sec ou humide, etc.), et leur ostracisme à l'égard de l'eau chaude est sans doute fort raisonnable, en tous cas fort respectable, comme tout ce qui émane de convictions sincères. Cependant on aimerait peut-être, à cette antipathie pour l'eau chaude, voir donner des raisons physiologiques et thérapeutiques sérieuses, au lieu d'une répulsion irréductible, et un peu *a priori*. C'est pourquoi il est regrettable de ne pas trouver en leurs écrits le moindre exposé physiologique de l'action de l'eau chaude en hydrothérapie, d'autant plus que Fleury ne ménageait nullement ses peines pour expérimenter et sur l'eau froide, et sur la sudation à la lampe : cela nous eût certainement plus convaincu que toutes les imprécations du monde.

Quant à Beni-Barde, chef de file des *Psychrothermopathes*, son chapitre sur l'action de la chaleur est certainement fort intéressant, quoique un peu trop consacré à l'étude de la chaleur en général. Il parle bien de l'action hydrothérapique de l'eau chaude, mais c'est presque exclusivement au point de vue des douches écossaises, c'est-à-dire des effets que produit la transition du chaud au froid sur la peau. A tel point que Duval relève malignement cette phrase de Béni-Barde que « dans les opérations avec l'eau chaude il y a à considérer : 1° l'application chaude ; 2° l'application froide. » Ce sont d'ailleurs les effets révulsifs cutanés que Béni-Barde envisage à peu près exclusivement.

Bottey, qu'on pourrait croire fort ennemi de l'eau chaude puisqu'il bannit même l'eau fraîche, en théorie du moins, semble pourtant fort partisan des douches écossaises. En un long chapitre il divise et décrit leurs effets qui sont tantôt simplement révulsifs, tantôt révulsifs et toniques, tantôt sédatifs et toniques. Il décrit même la double douche écossaise qui pourtant n'a rien de bien nouveau, en pratique tout au moins. Mais, dans ce long et intéressant chapitre, je ne trouve pas la description physiologique de l'action de l'eau chaude en hydrothérapie.

Nous voyons que cette action est, sinon mal connue, du moins peu ou pas étudiée ; aussi, n'en raisonnerons-nous que par analogie théorique d'abord, ensuite par expérience journalière.

Il faut distinguer, au point de vue de l'action immédiate, l'eau modérément chaude et l'eau très chaude, celle qui est à la limite de tolérance de l'organisme. Il faut savoir également qu'avec l'eau chaude, les facteurs hydrothérapiques, tels que la pression, la division de l'eau, la durée d'application peuvent en pratique modifier singulièrement les résultats que produirait la chalenr envisagée isolément : c'est que leur action particulière est souvent de sens inverse de l'action du calorique, tandis que, avec l'eau froide, tout est généralement synergique.

L'eau *modérément chaude* produit des effets assez analogues à ceux de l'eau tiède, mais plus nettement accusés. C'est ainsi que la sensation périphérique, au lieu d'être vaguement agréable, l'est franchement. La chaleur répandue à la peau procure un sentiment de bien-être, qui s'accompagne presque comme après l'application froide, d'une certaine amélioration fonctionnelle des organes principaux, mais sans aucun trouble perturbateur. C'est ainsi qu'on observe pendant l'application chaude plus d'ampleur, avec facilité fonctionnelle, des mouvements circulatoires et respiratoires, un pouls large et régulier, une respiration profonde et bien rythmée.

Mais tout cela, n'ayant pour durée que la durée même d'application de l'eau chaude, perd ainsi de son importance thérapeutique, et ce qui domine incontestablement dans les effets plus permanents de l'eau chaude, ce sont les résultats déterminés sur l'enveloppe cutanée. Celle-ci, en outre de la sensation agréable dont elle est le siège, présente une légère hyperesthésie de surface, nullement douloureuse, plutôt même analgésique que je ne saurais mieux comparer qu'à l'action d'un cataplasme sur une douleur lancinante ; en même temps un peu de dilatation parétique des fibres lisses glandulaires et vasculaires, amène une congestion plutôt veineuse qu'artérielle de la peau, avec teinte rouge lilas, et non rosé vif, comme après l'eau froide. Enfin le derme semble dilaté, ramolli, comme par imbibition de son réseau nervoso-sanguin.

Si l'eau est *très chaude*, elle détermine tout d'abord, comme l'eau froide, un spasme vasculaire cutané, défense réflexe de l'organisme contre l'agent hyperthermisant extérieur, qui empêche le transport rapide du calorique de la périphérie aux centres par circulation sanguine. Aussi la congestion sanguine centrale qui en résulte, jointe à l'action sur le pneumo-gastrique de l'excitation nerveuse périphérique, fait qu'on observe tout d'abord, en pareil cas, du côté des fonctions cardio-pulmonaires, des phénomènes assez analogues à ceux que produit la première impression de l'eau froide : suspension, puis petitesse, fréquence et irrégularité du pouls, respiration haletante, saccadée, dyspnéique.

Mais cela ne dure que quelques instants : ce sont des *effets de surprise* qui font place bientôt aux effets propres de la chaleur, tels que nous les avons décrits plus haut, et qui sont alors d'autant plus accusés que la température de l'eau est plus élevée. Plus aussi l'eau est chaude et plus rapidement le patient est envahi par un malaise progressif, bientôt insupportable, et qu'accroît la buée chaude qui monte et l'environne : je crois pouvoir l'attribuer à l'élévation croissante et rapide de la température du corps, surtout centrale, qui, en tous cas, joue certainement ici un rôle important.

En effet, s'il est si difficile en pratique de faire supporter une douche très chaude et générale, enveloppante pour ainsi dire et sans répit, pendant plusieurs minutes ; si la limite de tolérance de l'organisme pour l'eau chaude est si limitée, comparativement du moins avec celle pour l'eau froide, à tel point qu'au-delà de 38°-40° une différence de 1° en plus ou en moins est chose très appréciable pour le patient, qui souvent en ressent aussitôt des malaises manifestes, cela tient sans aucun doute à ce que la chaleur, provoquant et maintenant la béance des capillaires cutanés, laisse les centres sans protection aucune contre la surélévation thermique que produit inévitablement l'eau chaude. Or chacun sait d'ailleurs qu'une hyperthermie centrale, même minime, se traduit rapidement par des phénomènes cardio-pulmonaires, nerveux surtout, qui sont loin d'être d'importance négligeable, puisque, en certaines affections fébriles, et en dehors de la gravité inhérente à la nature

même de la maladie, ils constituent parfois à eux seuls tout le danger de la situation, et imposent les indications immédiates de la thérapeutique.

C'est encore cette raison qui nous explique que, pour faire supporter une douche très chaude et prolongée, il faille avoir soin de procéder par fractionnement, par applications courtes et répétées, séparées par des intervalles de repos et de refroidissement cutané.

C'est pour cela également qu'il est si difficile, pour ne pas dire impossible, de se conformer strictement dans la pratique journalière, aux indications thermométriques précises de la température à employer. En outre des presque impossibilités d'ordre matériel, dont je parlais précédemment, on ne peut guère en effet connaître à l'avance la limite exacte de résistance de chacun à la chaleur, par suite sa tolérance qui variera dans d'étroites limites pour chaque individu, mais sera parfois fort différente d'un individu à un autre.

Tels sont les effets immédiats et primitifs des applications chaudes.

Pendant la période qui suit l'application, période improprement dite de *réaction*, et qu'on devrait tout au moins appeler de *réaction passive*, pour être conforme à l'interprétation physiologique des faits, il y a continuation de l'épanouissement, de la béatitude (qu'on me passe cette expression) du réseau nervoso-sanguin cutané, si aucune influence extérieure ne vient troubler la situation. La sédation nerveuse qu'on observe alors, et qui semble bien être la conséquence de cet état du système nerveux périphérique, se traduit par un sentiment de calme, de repos, mais d'un calme adynamique frisant la lassitude et l'abattement.

Les fonctions, qui n'ont pas été perturbées violemment comme par l'eau froide, n'ont par suite pas à réagir vivement ; aussi c'est peu à peu et lentement que se fait leur retour à la normale : le réseau vasculaire cutané, parésié et dilaté par la chaleur, se resserre progressivement ; le réseau sensitif, moins chaudement irrigué, transmet une impression de froid relatif qui, pour peu qu'une cause extérieure, comme le froid, vienne l'exagérer, peut aller au frissonnement, à l'accès fébrile en miniature, avec ses malaises

habituels et ses troubles respiratoires et circulatoires. C'est alors qu'on pourrait dire avec quelque raison qu'on a *pris froid!* mais il faudrait remarquer en même temps que c'est après l'eau chaude.

Du côté des grandes fonctions, c'est également un retour graduel à la normale qu'on observe; l'amplitude plus grande des mouvements et l'amélioration fonctionnelle constatées sous l'application chaude continue donc en s'atténuant peu à peu, et il faut reconnaître que, jusqu'ici, les résultats physiologiques de l'eau chaude n'ont rien que de fort heureux pour l'organisme.

Tout cela, d'ailleurs, est en général d'autant plus prononcé que l'eau était plus chaude. Avec l'eau très chaude toutefois, on observe plus spécialement la persistance de l'état parétique des vaisseaux cutanés, d'où les effets révulsifs très accusés qu'on obtient, surtout si une forte percussion a joint son action à celle de la chaleur.

Chose curieuse, avec l'eau très chaude également, il semble que les malaises accidentels de la réaction soient moins fréquents qu'après l'eau modérément chaude : cela tient peut-être à la passagère stimulation cutanée que détermine tout d'abord une température élevée et qui permettrait à la peau de réagir plus efficacement contre les influences extérieures. A part cela, je le répète, c'est le degré de chaleur de l'eau, ou plutôt de la *sensation* chaude, qui règle l'intensité des phénomènes.

Mais l'étude et la courbe de la calorification vont nous donner le graphique et la description fort exacte de ce qui, à un point de vue de physiologie générale, se passe du côté de toutes les fonctions : exagération rapide, puis ralentissement progressif.

Au premier contact de l'eau chaude la peau absorbe une certaine quantité de calorique dont elle cède immédiatement une fraction variable aux organes centraux par l'intermédiaire de la circulation sanguine. Aussi au sortir de l'eau chaude, on observe toujours une élévation de la température centrale, parfois assez considérable, de 0°,5 par exemple après une douche peu chaude de 3 minutes, et qui est en tous cas proportionnelle à la température de l'eau, à la durée d'application et à l'impressionnabilité individuelle.

Au sortir de l'eau chaude, et pendant quelque temps, la circulation sanguine continue à charier vers les centres une partie du calorique accumulé à la périphérie : d'où surélévation, mais plus lente, de la température centrale. Bientôt l'équilibre thermique est rétabli, l'hyperthermie générale est uniformément répartie ; alors commence la descente graduelle de la température *centrale*, jusqu'à récupération parfaite de l'état normal, qui n'a lieu que longtemps après, 1 heure 1/2, parfois 2 heures.

L'eau chaude produit donc, comme on peut le remarquer, sur la calorification générale, tout l'inverse de l'eau froide : il y a dès le début élévation de la température *totale* du corps, et cette *hyperthermie* passive n'est pas de la *thermogénèse*. Puis, dès que cesse l'application chaude, pendant que monte encore un peu la température centrale par brassage de celle-ci avec la température périphérique surchauffée, le mélange des deux, c'est-à-dire la température *totale* commence déjà à baisser : c'est alors non pas de la *psychrogénèse*, mais de l'*hypothermogénèse*, qui, bien qu'immédiate, ne devient sensible au thermomètre qu'à partir du moment où l'équilibre thermique est rétabli entre les centres et la périphérie.

Il faut admettre tout naturellement que cette *hypothermogénèse* réactionnelle, résultat général principal, au moins par sa durée, des applications chaudes, s'accompagnent de phénomènes chimiques, nutritifs et dynamiques qui expliquent les effets hyponutritifs, hypothénisants et hypofonctionnels de ces applications : c'est l'inverse de la *thermogénèse* réparatrice qui suit l'eau froide.

On peut remarquer d'ailleurs par ce que nous venons d'exposer que les résultats physiologiques de l'eau chaude sont, point pour point, l'inverse de ceux que produit l'eau froide : sensations éprouvées pendant et après, troubles nerveux et circulatoires de la peau, phénomènes cardio-pulmonaires, caloriques et nutritifs, tout est renversé. De telle sorte qu'on peut dire que l'*action immédiate* de l'eau froide ressemble à la *réaction de l'eau chaude*, et l'*action immédiate* de l'eau chaude à la *réaction de l'eau froide*.

En résumé, l'eau chaude produit, par son action sur le système nervoso-sanguin cutané, une sédation générale et

locale, avec atonie et congestion passive de la peau, celle-ci pouvant aller à la révulsion si l'eau était très chaude. Du côté des grandes fonctions, il y a tout d'abord amélioration et amplitude plus grande, qui peuvent se continuer ensuite, mais toujours en s'atténuant peu à peu. Aussi répéterai-je que la courbe schématique de la calorification générale est un excellent graphique descriptif de ce qui se passe de ce côté : ascension rapide (amélioration fonctionnelle), puis descente graduelle (ralentissement fonctionnel).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 4 décembre 1893. — **Présidence de M. Gayet.**

SUR LA SYPHILIS CÉRÉBRALE.

M. Lépine rapporte deux observations de syphilis cérébrale curieuses à des titres divers.

Dans la première, il s'agit d'un cas de syphilis cérébrale avec céphalée intense où le mercure semble avoir aggravé les symptômes qui ont au contraire rapidement cédé à l'usage de l'iodure de potassium.

Il s'agissait d'un ancien syphilitique, âgé de 40 ans, qui après plusieurs semaines de céphalée, fut atteint d'une hémiplégie droite avec aphasie. Pendant huit jours on pratiqua des frictions mercurielles, la céphalée augmenta et les paralysies persistèrent. On cessa le mercure et on donna quatre grammes d'iodure. Dès les premiers jours la céphalée diminua et en peu de temps disparut avec l'hémiplégie et l'aphasie.

Le malade n'a pu être suggestionné, il ne prenait pas le mercure avec répugnance, et l'employait bien à dose suffisante puisqu'il a eu de la salivation.

Il s'agit donc bien d'un cas de syphilis cérébrale où le mercure semble avoir aggravé les symptômes, tandis que l'iodure a amené la guérison. C'est une raison de plus pour préconiser dans de telles circonstances, soit le traitement mixte, soit seulement l'iodure de potassium.

M. Lépine signale à propos de la syphilis cérébrale un

article récent du professeur Fournier, paru dans les *Archives de neurologie*, où il étudie l'épilepsie parasyphilitique qu'il dit justiciable seulement du bromure et contre laquelle le mercure ni l'iodure n'ont pas d'action.

A ce propos il rapporte l'observation d'un malade âgé de 30 ans ayant eu la syphilis douze ans auparavant et qui fut pris brusquement pendant la nuit d'une grande attaque épileptique. Deux autres attaques succédèrent à la première dans la nuit même.

M. Lépine donna de l'iodure de potassium à haute dose, et le médicament a eu une action si favorable que depuis quatre mois le malade n'a repris qu'une seule attaque incomplète sans convulsions.

Si l'opinion de M. Fournier est exacte dans nombre de cas, elle ne l'est pas toujours. C'est l'inconvénient des espèces morbides trop nettement tranchées. Tous les syphilitiques n'ont pas la même épilepsie. Il y a une foule de degrés de transition entre l'épilepsie qui survenant chez un syphilitique est en réalité justiciable de l'iodure et celle qui échappe à son action, et n'est influencée que par le bromure.

M. Mayet croit que l'opinion de Fournier répond à la majorité des cas et que l'épilepsie chez les syphilitiques est le plus souvent parasyphilitique et échappe à l'action de l'iodure. Ce médicament, qui fait merveille dans l'artérite cérébrale dans les accidents récents, ne fait plus rien quand il y a des cicatrices ou de la sclérose, et n'agit pas plus dans la syphilis cérébrale ancienne que dans les ataxies locomotrices confirmées d'origine syphilitique.

M. Lépine n'a jamais eu l'intention de dire que tous les accidents cérébraux d'origine syphilique étaient justiciables du mercure ou de l'iodure.

Il y a quelque temps entra dans sa clinique un homme de 30 ans qui avait contracté la syphilis trois mois auparavant. Ce malade, qui souffrait de céphalée, se présenta au bureau d'admission et là fut pris d'une hémiplégie. Il fut transporté dans la salle et une demi-heure après le début des accidents le traitement mixte fut institué, il prit même des doses énormes d'iodure, jusqu'à 14 grammes. Tout cela sans résultat; il mourut au bout de huit jours, et à l'autopsie on trouvait une gomme qui avait entraîné une oblitération artérielle et un ramollissement.

Il est donc bien certain qu'il y a des lésions syphilitiques même récentes qui résistent au traitement syphilitique.

Ce que M. Fournier décrit sous le nom d'épilepsie parasyphilitique, c'est une épilepsie sans lésion cérébrale, c'est l'histoire de gens plus ou moins prédisposés à devenir épileptiques et qui font de l'épilepsie à l'occasion d'une syphilis. Chez de tels malades M. Fournier déclare que le

bromure seul agit et que l'iodure et le mercure sont sans effet. C'est cette assertion qui semble exagérée et justifie l'observation de M. Lépine, qui dans un cas pareil a eu des succès avec l'iodure.

M. Glénard pense que M. Lépine dans sa première observation n'a pas eu l'intention de condamner le traitement mercuriel.

Il a donné ses soins à un syphilitique qui avait eu une attaque avec hémiplégie. Pendant trente jours il absorba 6 à 8 grammes d'iodure sans aucun résultat. On fit alors des frictions mercurielles et en peu de jours la guérison fut obtenue.

M. Gayet a vu un malade atteint de syphilis de l'iris et de la choroïde prendre dans son service des accidents cérébraux. On lui donna de l'iodure à dose croissante jusqu'à 8 ou 10 grammes; la syphilis irienne et choroïdienne s'améliora, mais les accidents cérébraux persistèrent et le malade mourut au huitième jour.

A l'autopsie, on trouva 11 gommes dans le cerveau. Il y avait lieu de se demander si le traitement n'avait pas été nuisible. Cet homme était depuis longtemps porteur de ces gommes, et comme beaucoup de tumeurs cérébrales, elles étaient latentes. Le traitement spécifique, en agissant sur ces gommes, comme il a agi sur l'iris et la choroïde, a peut-être amené par un retrait trop hâtif de brusques accidents de décompression qui ont entraîné les phénomènes cérébraux et leur issue fatale.

Dans des cas similaires, M. Gayet ne donnerait plus l'iodure à aussi hautes doses.

M. Girin se déclare partisan du traitement mixte et se demande si dans la première observation de M. Lépine le mercure a vraiment aggravé la maladie et n'a pas eu au contraire un rôle curateur. Après huit jours de frictions mercurielles M. Lépine a donné l'iodure et a eu des résultats immédiats : il ne les aurait peut-être pas obtenus s'il avait donné l'iodure tout d'abord. En réalité il a fait le traitement mixte.

M. Ollier a vu un syphilitique qui avait eu des accidents osseux du crâne et qui a pris de l'épilepsie. Il a fait le traitement mixte et l'épilepsie a disparu. L'opinion de Fournier semble donc trop absolue.

Le Secrétaire-adjoint, G. Roque.

Société des sciences médicales de Lyon.

***Séances de novembre 1893.*— Présidence de M. Cordier.**

GYNÉCOMASTIE ; MASTITE CHRONIQUE.

M. Hassler, répétiteur à l'École de santé militaire, présente un malade entré dans son service à l'hôpital Desgenettes.

Il s'agit d'un homme vigoureux de 23 ans, caporal dans un régiment d'infanterie, ayant fait pendant deux ans régulièrement tout son service. Ce malade qui n'a d'autre anté-

cédent personnel qu'une forte atteinte d'oreillons à l'âge de sept ans, et le testicule gauche un peu moins développé que le droit, remarqua, en septembre 1892, un noyau dur qui siégeait au niveau du mamelon gauche. Peu à peu, la tuméfaction s'accrut jusqu'à présenter les dimensions de la mamelle chez la femme au moment de la puberté. Peu de temps après avoir constaté l'existence de sa tumeur, le malade remarqua trois ganglions dans l'aisselle correspondante qui sont restés à peu près stationnaires.

La tumeur offre les caractères de la glande mammaire, l'aréole est plus développée que celle du côté sain, elle est fortement pigmentée, et présente de nombreux tubercules de Montgomméry.

La peau n'a jamais présenté ni rougeur, ni rugosité, ni aspect chagriné; elle est mobile.

On n'a jamais constaté d'écoulement par le mamelon. La consistance est en général celle de la glande normale, néanmoins on perçoit trois ou quatre noyaux durs de la grosseur d'une amande, assez sensibles à la pression. La tumeur est manifestement mobile sur le grand pectoral contracté.

Le malade ne présente aucun signe de tuberculose, il n'a pas la syphilis.

M. Hassler pense que le diagnostic de néoplasme malin doit être écarté, bien qu'il y ait des ganglions dans l'aisselle, parce qu'ils ont apparu peu de temps après la tumeur, parce que la peau ne présente pas de lésions; parce que la tumeur a été très rapidement douloureuse; enfin, parce que le malade n'a que 23 ans et qu'au bout de 14 mois l'état général est resté excellent.

Il écarte l'idée de gynécomastie primitive parce que celle-ci apparaît peu de temps après la puberté, sauf de très rares exceptions et pencherait plutôt pour un cas de gynécomastie secondaire tardive, d'origine ourlienne, bien que le testicule du même côté ne soit pas atrophié, mais seulement manifestement moins développé que le droit. Le développement de l'aréole, la présence des tubercules de Montgomméry et la filiation des accidents semblent confirmer cette hypothèse.

Les noyaux durs et l'infection ganglionnaire seraient, pour lui, de la mastite chronique à évolution très lente susceptible peut-être de résolution complète.

Dans tous les cas, M. Hassler ne se résoudrait à l'amputation du sein et à l'éradication des ganglions axillaires que réclame le malade que quand il aurait constaté l'inefficacité d'un traitement général par l'iodure de potassium et local par les résolutifs et une énergique compression ouatée.

M. VALLAS. Nous sommes en présence d'une tuméfaction douloureuse du sein, d'une tumeur irritable en un point toujours le même, analogue au tubercule sous-cutané douloureux qui peut se rencontrer partout. On peut hésiter entre une mastite chronique et un kyste ; au reste, il n'y a pas grande différence entre les deux affections, et l'on sait que l'on peut aisément passer de la maladie kystique de Reclus à un épithélioma. L'indication thérapeutique est manifestement d'attendre en essayant l'iodure de potassium et la compression ouatée.

M. BARD. Les histologistes ont parfaitement distingué l'inflammation chronique de la maladie kystique et des autres tumeurs, et les caractères différentiels sont des plus tranchés. Le cas présent n'est pas une maladie kystique du sein ; il n'en existe pas chez l'homme, cette affection ne pouvant se développer que sur un organe qui fonctionne. A la suite du mémoire de Malassez, on a dit : Méfiez-vous des maladies kystiques qui peuvent dégénérer en tumeurs malignes. Mais Malassez s'était trompé, et la tumeur du testicule relatée dans son mémoire n'était autre qu'un cancer, comme la suite l'a prouvé, et non une maladie kystique.

L'un des secrétaires annuels, P.-J. NAVARRE.

REVUE DES LIVRES

Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses ; quelques résultats éloignés de la castration, par Eugène VILLARD, ex-interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

La thèse de M. Villard constitue une importante étude critique sur les rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses.

Comme tous les travaux de ce genre, elle ne permet pas l'analyse et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à cette monographie d'un grand intérêt que son auteur a, du reste, résumé dans les propositions suivantes :

1° *Rapports avec le poumon.* — Chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses génitales on ne rencontre que dans 50 °/₀ des cas la tuberculose pulmonaire concomitante.

Dans 176 autopsies, il existait une intégrité absolue des poumons dans 63 cas, soit dans 30 °/₀ seulement des observations.

2° *Rapports avec l'appareil urinaire.* — Les lésions tuberculeuses des voies génitales envahissent le système urinaire dans 56 °/₀ des cas. Le rein est touché seulement chez 43,3 °/₀ des malades.

L'infection tuberculeuse suit à ce niveau une marche ascendante, les faits cliniques, l'anatomie pathologique, l'expérimentation le démontrent.

3° *Rapports avec le péritoine.* — Les lésions tuberculeuses péritonéales se rencontrent chez 12 °/₀ des cas.

L'infection péritonéale paraît se faire le plus souvent de proche en proche, au niveau des points où la séreuse est en rapport avec les canaux génitaux (vésicules séminales, canal déférent).

4° *Les tuberculoses osseuses ou articulaires.* — Existant seulement dans 6,8 °/₀ des observations, ne paraissent pas avoir de rapports directs avec l'affection qui nous intéresse.

5° La méningite tuberculeuse a été une terminaison de la maladie chez 17,2 °/₀ des malades.

6° L'étude des suites éloignées de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux génitaux justifie cette règle de M. le professeur Poncet : « A moins de contre-indications relevant de la diffusion de la tuberculose génitale et de la localisation des lésions dans d'autres organes, le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la castration hâtive. »

7° Comme dans toute tuberculose, le traitement général a une importance capitale.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du chancre mou par la chaleur. — M. Welander (de Stockholm) a basé sur les résultats des expériences de Boeck et Aubert, qui ont démontré que la chaleur détruit la contagiosité du virus du chancre mou, un procédé thérapeutique qu'il applique rigoureusement depuis un an, et avec un grand succès, à tous les chancres mous traités dans son service de l'hôpital Saint-Gœran, à Stockholm.

Le professeur suédois commence par exciser les bords de l'ulcération chancreuse, de manière à bien étaler les anfrac-

tuosités de celle-ci et à les rendre accessibles à l'action de la chaleur. Il tasse alors sur la plaie de petites compresses aseptisées, trempées dans de l'eau chaude bouillie, qu'il recouvre de quelques couches d'ouate imbibée d'eau chaude. Il entoure ce pansement d'un mince tuyau de plomb, qu'il enroule en serpentin au-dessus du pansement. Une extrémité du tube communique avec un tube en caoutchouc adapté à un réservoir d'eau maintenue chaude (environ 50°) par une lampe à gaz ou à alcool; l'autre extrémité conduit le liquide qui a traversé le serpentin dans un vase quelconque.

Le serpentin est recouvert d'ouate.

La chaleur de l'eau traversant le serpentin est d'environ 41 degrés. On applique ce procédé pendant deux jours environ, que le malade passe au lit, et on enlève le tout trois fois par jour pour la miction et la défécation.

La méthode du docteur Welander transforme rapidement les chancres mous en une plaie simple que l'on panse au dermatol.

Le professeur Welander a traité de la sorte 118 chancres mous et pas une fois n'a observé la complication de bubons. (*Bulletin médical de Paris*, 26 nov. 1893.)

Le café est-il diurétique ? — Quoi qu'en dise le Codex, le café n'est pas diurétique, d'après M. Constantin Paul et M. Crinon. On attribue la cause à ce que le grain de café vert est extrêmement dur et se laisse difficilement pénétrer par l'eau en infusion.

M. Constantin Paul ajoute que la caféine est un diurétique douteux ; la caféine est bien difficile à retirer du café, la caféine du commerce n'en provient pas. M. G. Sée a noté que la caféine n'est pas diurétique comme la théobromine. Le café a une action très différente selon son mode de préparation. La caféine qui s'obtient en torréfiant le café est diurétique et se trouve dans le café préparé en infusion ou à la vapeur, comme dans les cafetières russes. Au contraire le café turc qui se fait par décoction laisse évaporer la caféine ; on peut en boire impunément, à l'exemple des Turcs, un grand nombre de tasses dans la journée. (Société de thérapeutique, in *Méd. moderne.*)

Traitement du saturnisme par le sulfure de sodium. — M. Peyron a observé que le sulfure de sodium à la dose quotidienne de 30 à 50 centigrammes par jour agit très bien dans le traitement du saturnisme. Les animaux intoxiqués avec la céruse et traités par le sulfure de sodium guérissaient plus vite que les animaux témoins.

M. Quinquaud confirme de son expérience les résultats de M. Peyron. Les saturnins *monosulfurés* éliminent beaucoup plus de plomb par les urines. Sous l'influence du monosulfure de sodium, le mercure s'élimine aussi en beaucoup plus grande quantité ; c'est donc là un excellent évacuant de tous les poisons métalliques. (*Soc. de biologie*, 2 déc. 1893.)

La Grindelia robusta et ses applications thérapeutiques. — M. Jasiewicz a communiqué à la Société de médecine et de chirurgie pratiques une note sur les propriétés thérapeutiques de la Grandelia robusta, plante originaire de l'Amérique, appartenant à la famille des *Composées*, tribu des *Astéroïdées*.

On emploie la plante entière, mais la partie active est la résine, recueillie surtout sur les capitules et les involucres. Les préparations en usage sont l'extrait fluide (dose : 0,50 à 3 grammme en potion), la teinture (dose : de 15 à 20 gouttes) et l'extrait alcoolique (dose : 3 pilules par jour, de 0,10 à 0,15 centigrammes).

Les malades ingèrent volontiers la grindelia quelle que soit sa préparation, et, vu sa faible toxicité, on peut l'administrer à doses assez élevées, mais en ayant soin de les fractionner.

D'après la pratique des médecins américains, la grindelia est indiquée dans toutes les névroses respiratoires : asthme (surtout l'asthme spasmodique), coqueluche, toux coqueluchoïdes, toux nerveuse, asthme des foins, emphysème. La plante agit favorablement aussi dans la bronchite aiguë ; mais le médicament doit être continué pendant un certain temps dans la bronchite chronique, les résultats sont moins satisfaisants. (*Bulletin méd. de Paris*, 3 déc. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LES MÉDECINS EXPERTS DEVANT LES TRIBUNAUX ET LES HONORAIRES DES MÉDECINS D'APRÈS LE DÉCRET DU 21 NOVEMBRE 1893.

Le 23 novembre dernier paraissait à l'*Officiel* un décret relatif aux expertises médico-légales. C'était un document indispensable pour compléter la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine ou loi Chevandier. A l'heure actuelle, tout médecin peut être requis d'urgence par la justice pour faire une expertise. Il ne nous est donc pas permis d'ignorer les règlements auxquels nous sommes soumis, et à plus forte raison les rémunérations auxquelles nous avons droit, le travail accompli.

Nous avons été régis jusqu'à présent par un décret qui date de 1811. Comme le fameux décret de Moscou, le nôtre a eu la vie longue. Il a duré plus de 80 ans, et sa vitalité est solide, car il n'est abrogé que dans quelques-unes de ses parties par le décret récent.

Le décret du 21 novembre 1893 à été rendu en vertu de l'article 14 de la loi Chevandier. Lorsque cette loi était en discussion devant les Chambres, les associations de médecins étudièrent cette question et soumirent des conclusions à la Chancellerie. L'Association des médecins du Rhône a présenté un substantiel rapport, auquel, il nous semble, le rédacteur du décret a fait quelques emprunts.

En 1891, on avait, nous a-t-on dit, les meilleures intentions. Il était dans l'esprit du garde des sceaux de réunir une Commission de jurisconsultes et de médecins compétents afin de donner une solution qui satisfît autant que possible à toutes les exigences. Mais les ministres de la justice qui se sont succédé ont eu d'autres besognes. Puis, comme il fallait que le décret parût avant le 1er décembre pour être appliqué en même temps que la nouvelle loi qui l'ordonne, le Conseil d'État a rédigé le document inséré à l'*Officiel*.

Ce décret renferme deux parties que nous allons passer en revue successivement :

1er *chapitre :* Conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

2e *chapitre :* Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

Chapitre I.

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

Art. 1er. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les Cours d'appel, en chambre de conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

D'après l'article 1er, l'ancienne appellation de médecins au rapport est supprimée. Les tribunaux confèrent aux docteurs dont ils ont fait choix le titre de médecin expert.

Mais à côté de ces médecins experts, habituels, spécialement désignés, il peut y avoir des experts que l'on pourrait appeler accidentels ou commis à un rapport, pour ne pas laisser tomber en désuétude une expression connue de tous. En effet, en vertu des articles 43, 44 du code d'instruction criminelle, les officiers de police judiciaire (commissaire de police, juge de paix, maire), dans les cas urgents ou de flagrant délit, sont autorisés à requérir n'importe quel docteur en médecine pour procéder aux premières constatations.

De plus, en vertu de l'article 268, le président de la Cour d'assises peut appeler comme expert au cours des débats le médecin qui lui convient. Il en est de même dans les conditions prévues par l'article 235 du même code.

Donc, en vertu des article 1 et 2 du présent decret, il faut

pour être l'auxiliaire ordinaire de la justice, avoir la qualité de médecin expert. Mais il y a les cas de flagrants délits, les cas de contre-expertise, ordonnés par la chambre des mises en accusation, et par le président des assises, dans lesquels tout médecin pourra être appelé. C'est, on en conviendra, ce qui se passait déjà avant le 21 novembre 1893, et sur ce point nous ne voyons pas trop les modifications apportées par ce décret.

Comment recrutera-t-on ces médecins experts? Quelles sont les conditions imposées par la loi? L'article 2 nous les indique. Il faut être docteur en médecine français, avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurer soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel. La plupart de ces conditions nous paraissent équitables, mais il en est une sur laquelle il est nécessaire de s'expliquer. Pourquoi cette nécessité de cinq années d'exercice de la profession médicale avant d'être nommé expert des tribunaux ? Est-ce qu'un jeune médecin, s'il n'a pas l'occasion de faire pendant cinq ans de la médecine légale, n'aura pas le temps d'oublier les quelques notions qu'il avait acquises au moment de sa réception. De plus s'il faut qu'il attende cinq années pour qu'un tribunal veuille lui confier des expertises, — forcément en nombre limité dans beaucoup de localités, — n'aimera-t-il pas mieux se créer une clientèle qui lui fournira des ressources immédiates? S'il réussit et s'il a du mérite, il est probable qu'il réussira, il ne voudra plus faire de la médecine légale, et les tribunaux auront perdu ainsi un expert éclairé.

Il avait été signalé par l'Association des médecins de France, qu'on devrait instruire, former des médecins légistes. Les jeunes docteurs qui se destineraient à cette situation auraient passé un certain temps, un an ou six mois par exemple, dans les laboratoires des Facultés, pour faire de la pratique médico-légale : Examen d'aliénés, rédaction de rapports revus par le professeur, travaux pratiques, expertises, examens de taches, etc., etc.

Une fois ce stage accompli, on leur accorderait un diplôme qui permettrait aux magistrats de fixer leur choix sur des médecins entraînés, compétents et ayant le goût de ces études.

Ces idées n'ont pas cours dans le monde de la magistrature

et de la Chancellerie. Nous relevons en effet, dans une circulaire interprétant le nouveau décret et signée André Boulloche, directeur des affaires criminelles et des grâces, les phrases suivantes : « On a même émis l'avis, au cours de la discussion de la loi, que le choix des magistrats devrait se porter exclusivement sur des médecins qui auraient reçu une instruction technique appropriée. Si sérieuses qu'aient été les raisons invoquées à l'appui de cette proposition, l'organisation actuelle des études médicales en France, n'a pas permis d'y donner suite. Il est certain d'ailleurs que la création d'un enseignement de la médecine légale pourrait avoir dans l'avenir, la plus heureuse influence sur le mode de recrutement des médecins légistes. »

Il semble extraordinaire que le directeur des affaires criminelles et des grâces paraisse ignorer l'existence en France des professeurs de médecine légale qui sont presque tous experts près des tribunaux et attende la création d'un enseignement et de laboratoires qui depuis plus de dix ans ont montré leur existence et leur vitalité par de nombreux travaux.

Les médecins experts, dit l'article I, seront renommés au commencement de chaque année judiciaire. J'approuve absolument cette mesure.

La profession d'expert est en effet plus complexe qu'on ne le croit en général. Il faut avoir une vigueur physique et morale que ne peut plus fournir un homme déjà âgé.

Enfin, ce que les juges réclament surtout du médecin, c'est une déposition courte, claire et précise dans laquelle il soutiendra fermement les conclusions d'un rapport qui est souvent la seule base de l'accusation. Or, il y a beaucoup de médecins, même des plus éclairés, qui n'ont jamais su déposer et qui ont par leurs hésitations ou leurs longueurs, changé tout le cours d'une affaire.

Il est donc de toute nécessité de pouvoir se débarrasser chaque année des médecins que l'âge, la maladie, les accidents auraient rendus impropres, de ceux enfin qui n'ont pas les qualités que réclame la profession. Mêmes arguments pour le recrutement par le concours. Celui-ci donne des droits acquis et comme une sorte d'inamovibilité. Or, le concours ne pourra jamais mettre en évidence les qualités pratiques dont nous venons de parler.

Chapitre II.

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

Art. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement...	8	francs.
2° Pour toute opération autre que l'autopsie..	10	—
3° Pour autopsie avant inhumation...........	25	—
4° Pour autopsie après exhumation..........	35	—

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 fr., suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 fr.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° Vingt centimes si le transport a été effectué en chemin de fer.

2° Quarante centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction, devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

La simple lecture de l'article 4 et la comparaison des indemnités fixées et de celles que portait le décret de 1811, montre une différence notable et une véritable amélioration dans « *le salaire des experts* » comme on dit au palais. Ainsi en 1811, on avait créé des classes et suivant qu'un médecin exerçait à Paris, dans une ville au-dessus de 40,000

habitants, dans une ville au-dessous ou à la campagne, il touchait un salaire différent. Aujourd'hui ces classes sont abolies, le tarif est unique, quel que soit le point du territoire où l'on exerce.

Que vous soyez médecin requis accidentellement, ou médecin commis, c'est-à-dire expert des tribunaux, vous avez droit aux mêmes taxes.

Les honoraires des médecins sont payés par l'administration de l'enregistrement, des domaines et du timbre dans les cas de délit ou crime. S'il s'agit de constatations faites pour une mort accidentelle, ou suicide (noyé, pendu, etc), les frais imputés sont au contraire payés par les municipalités. Mais comme les municipalités n'augmenteront probablement pas le crédit qu'elles allouent pour ce chapitre du budget et qu'elles ne changeront pas la taxe, les médecins seront toujours payés dans ces cas suivant les habitudes locales. C'est un point qu'il ne faut pas oublier.

Faisons remarquer aussi que ce décret vise exclusivement les médecins requis et commis. Donc les chimistes, pharmaciens, qui peuvent être chargés de faire une expertise, ne seront pas taxés suivant les prix indiqués dans le décret du 21 novembre 1893, mais par le système des vacations de 1811.

Une autre particularité. Une ordonnance de 1838 indique les différences qui existent en justice entre les frais urgents et les frais non urgents. On appelle frais urgents : « Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les parties prenantes ne sont pas *habituellement* employées », et alors ces frais sont payés, d'après l'article 133, sur simple taxe et mandat du juge, mis au bas des réquisitoires, copies de convocations ou de citations, état ou mémoires des parties. »

Cette distinction doit bien être connue des médecins. En effet, s'ils sont experts des tribunaux, ils seront payés sur les frais non urgents et attendront des mois et des mois qu'on veuille bien solder leur note. Ils seront obligés de fournir des mémoires de frais de justice en deux expéditions, dont une sur papier timbré de 60 centimes. Si au contraire ils sont accidentellement appelés comme experts, ils seront payés comme les témoins sur les frais urgents et le médecin

requis devra exiger sur son réquisitoire et au pied de celui-ci, un exécutoire ou taxe du juge.

En quoi consistent les nouveaux honoraires des médecins fixés par le décret du 21 novembre 1893 ?

Ils sont divisés en trois catégories :

1° Visite avec premier pansement. Dans cette catégorie, on doit comprendre : les levées de corps, examen d'état physique, d'états mentaux simples, examen de violateurs.

Toutes ces opérations sont payées 8 fr. Il est alloué 5 fr. au minimum pour le rapport écrit. Ce qui fait un total de 13 fr. que vous êtes en droit de réclamer.

2° Toutes opérations autres que l'autopsie. Sous ce titre, nous comprenons toute opération qui exige l'emploi d'instruments, du spéculum, du microscope, de l'ophtalmoscope, etc. Les examens de petite fille, de femme, les états mentaux difficiles.

Taxe, 10 fr., plus 5 fr. pour le rapport écrit. Total, 15 fr.

3° Les autopsies, suivant que le sujet est adulte ou nouveau-né, suivant aussi le moment où l'autopsie est faite avant ou après inhumation, la taxe est différente.

Adulte :	Avant inhumation, 25 f.	+ rapport écrit	= 30 fr.
—	Après exhumation, 35 f.	—	= 40 fr.
Nouv.-né :	Avant inhumation, 15 f.	—	= 20 fr.
—	Après exhumation, 25 f.	—	= 30 fr.

Le rapport écrit donne droit à une rétribution minima de 5 fr.

Je dis rétribution minima, car un rapport qui vous a donné beaucoup de travail, qui a exigé des expériences ou de nombreuses recherches dans les archives de la science ne vous sera pas payé par une seule vacation de 5 fr. Vous estimerez, suivant la peine que vous avez eue, la somme que vous devez réclamer et vous établirez cette somme par le nombre de vacations à 5 fr. nécessaire pour la former.

Il ne faudrait pas croire pourtant que le nombre de vacations que vous pouvez réclamer soit illimité. Relativement aux vacations, le décret de 1811 n'est pas complètement abrogé comme le montre l'art. 10 du présent décret. Celui de 1811 dit qu'on alloue par journée trois vacations seulement. Cette disposition est maintenue pour le décret du 21 novembre 1893. Il n'y a plus de vacations différentes,

suivant la ville où l'on exerce, il n'y a plus de vacations de nuit ; mais ces uniques vacations à 5 fr. ne peuvent être réclamées qu'au nombre de 3 par jour. On peut demander des vacations pour toutes sortes d'expertises minutieuses et compliquées : recherches de taches diverses sur des vêtements, examens de poils, etc.

Les articles 5 et 6 du chapitre II sont tirés du décret de 1811. A. LACASSAGNE.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (séance du 13 décembre 1893). — Deux communications sur la thérapeutique ont intéressé les membres de la Société et ceux qui suivent ses séances. M. G. Roux, directeur du Bureau d'hygiène, a fait connaître un moyen de juguler, dès le début, les inflammations aiguës des premières voies respiratoires. Éprouvez-vous les symptômes prémonitoires d'un rhume de cerveau, pratiquez avec de la bonne eau de Cologne quatre ou cinq inhalations par jour, et pendant deux minutes, et votre rhume avortera. S'agit-il, au contraire, d'une laryngite ou d'une trachéite au début, au lieu d'inhaler, aspirez fortement par la bouche les vapeurs de l'eau de Cologne, et votre laryngo-trachéite sera jugulée. Expérimenté sur lui-même et sur dix personnes, l'auteur n'a eu à constater que d'excellents résultats.

— M. Geleyz, interne des hôpitaux, fait connaître une nouvelle application de la cocaïne comme antithermique. En frictions sur la peau, cinq centigrammes de cocaïne dissous dans un grammes d'au ou incorporés à un gramme d'axonge, amène un abaissement notable de température chez les fébricitants, moins fort néanmoins que celui obtenu avec le gaïacol. Il ne s'agit pas d'une action suggestive, car les badigeonnages cocaïnés abaissent également la température chez le lapin. M. Guinard, qui a fait cette dernière expérience, en déduit que l'action anti-thermique de la cocaïne comme celle du gaïacol est périphérique et n'est pas le résultat de l'absorption.

— M. le professeur O. Mayet présente une seringue d'un nouveau modèle, construite pour injecter des solutions chloralées dans le système veineux des tétaniques. La seringue est exclusivement en verre et a un piston dans la composition duquel n'entre aucune pièce métallique. Il insiste sur les précautions à prendre pour bien aseptiser la solution chloralée au 20e ou au 40e et sur la technique du manuel opératoire.

— M. le docteur Rendu met sous les yeux de la Société un énorme kyste de l'ovaire à liquide hématique et dont les parois sont tapissées d'énormes végétations papillaires. La malade était en outre ascitique et avait de la fièvre. Opérée il y a huit jours, elle va aussi bien que possible.

ACADÉMIE DE LYON. — ARRÊTÉ. — Le Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des lettres,

Vu l'arrêté, en date du 5 août 1893, portant qu'il sera ouvert à Paris, le 1er mai 1894, un concours pour trois places d'agrégé des Écoles supérieures de pharmacie (section d'histoire naturelle et de pharmacie);

Vu les articles 56 et 73 du statut du 16 novembre 1874,

Arrête ainsi qu'il suit les sujets de thèses que les candidats pourront traiter à leur choix :

1° La fleur femelle des conifères;

2° Principes de la classification des phanérogames;

3° Les microbes au point de vue morphologique;

4° Produits fournis à la matière médicale par la famille des apocynées;

5° Produits des berbéridées et des ménispermées;

6° Produits fournis par les strychnées à la matière médicale;

7° Composés organiques azotés artificiels employés en pharmacie;

8° Du siège des principes actifs dans les végétaux; application à la pharmacie;

9° Alcaloïdes des quinquinas au point de vue pharmaceutique.

Fait à Paris, le 30 octobre 1893.

POINCARÉ.

STATISTIQUE VITALE DE LYON PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1893
(Population : 438,077 habitants.)

Mariages ...	314 (avec contrat, 99; sans contrat, 215); divorces, 16.
Naissances..	661 (m. 320; f. 341); — mort-nés, 47.
Décès.......	621 (m. 316, f. 305).

Sur ces 621 décès il y en a eu 30 par maladies infectieuses ainsi répartis : fièvre typhoïde 15, rougeole 1, scarlatine 0, variole 0, érysipèle 3, diphtérie-croup 5, coqueluche 1, infection puerpérale 5.

DROIT D'AUTEUR. — Tout récemment, M. Esmein, professeur de droit à la Faculté de Paris, se plaignait que M. Bourlon-Viane et M. Cabanon, son éditeur, eussent édité, puis, mis en vente sans avoir sollicité son consentement, le cours qu'il professe : *Droit constitutionnel et Histoire du droit.*

La première chambre du tribunal civil vient de se prononcer sur le litige qui lui a été soumis à la fois par Esmein et par les éditeurs Larose et Forcel, auxquels il a cédé la propriété de ses cours.

Le jugement donne gain de cause aux demandeurs. Il décide que le le cours public professé dans une Faculté demeure la propriété de celui qui le fait. La reproduction qui en est donnée constitue une contrefaçon.

MM. Bourlon-Viane et Cabanon sont condamnés à 2.000 francs de dommages-intérêts, et obligation leur est faite d'avoir à cesser leur publication à peine de 50 francs de dommages-intérêts pour chaque contrefaçon dûment constatée.

LE CONGRÈS DES REBOUTEURS. — Le congrès national pour le libre exercice de la médecine, qui s'est réuni dernièrement à Paris, s'est terminé par le vote de quelques vœux dont les deux principaux sont :

1° Libre exercice de la médecine sous la seule garantie des lois du droit commun;

2° La suppression du monopole de la médeciue, « puisque les médecins ne peuvent assurer les malades de leur guérison ».

Admirez, dit la *Médecine moderne*, ce dernier membre de phrase, il résume bien la question. Il est certain que ce n'est pas cette assurance qui fait défaut aux charlatans.

La variole en Europe. — On a parlé bien souvent dans les journaux et dans les Sociétés savantes du nombre de décès par variole que l'on constate chaque année en Allemagne : mais jusqu'ici on n'a pas donné de chiffres bien exacts, d'autant plus que la statistique officielle ne remonte pas au-delà de l'année 1886. C'est pourquoi nous croyons devoir publier le relevé statistique des décès varioliques survenus en Allemagne pendant la période 1886-1891 :

1886, 197 décès; — 1887, 168; 1888, 112; — 1889, 200; — 1890, 58; 1891, 40; — soit un total de 775 décès en six ans.

C'est généralement dans les régions frontières que les décès par variole sont le plus nombreux; c'est aussi dans ces pays que les épidémies de variole sévissent, la maladie étant toujours importée d'un pays voisin. Dans les villes de l'intérieur, le nombre des varioleux qui meurent est très faible : ainsi en 1890, dans une grande ville comme Berlin, il n'y a eu que 3 décès par variole, alors qu'à Paris on en a constaté 82. Or si l'on tient compte du chiffre de la population respective de ces deux villes, on trouve qu'à Paris il y a 20 fois plus de décès par variole qu'à Berlin.

Si maintenant nous comparons la mortalité par variole survenue en Allemagne pendant l'année 1890 avec le nombre des décès de cette nature pendant le même laps de temps dans quelques pays d'Europe, nous trouvons que la proportion des décès varioliques dans les villes de la

Suisse........	10	fois plus considérale.
Hongrie........	13	—
Belgique.......	42	—
France.........	56	—
Autriche.......	60	—
Italie.	97	—

C'est dans les villes de l'Angleterre que la mortalité par variole est la plus faible : elle est un peu au-dessous de celles des villes de l'Allemagne. Mais il pourrait se faire qu'il n'en fût pas ainsi à l'avenir, car, d'après le dernier rapport (1892-1893) du *Local Government Board*, le nombre des personnes vaccinées tend à diminuer en Angleterre, depuis que certains districts ont suspendu l'application de la loi sur la vaccination. Ainsi à Glowcester, à Leicester et dans quelques paroisses de Londres, un quart tout au plus des nouveau-nés sont actuellement soumis à la vaccination. Aussi peut-on constater que, depuis quelque temps, les cas de variole ont très sensiblement augmenté en Angleterre.

Addendum. — Réparons un oubli : au dernier concours, MM. Tournier, Levrat et Devay ont été nommés médecins suppléants du Bureau de bienfaisance.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Décembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
3	751	9 s	750	0 m	+ 2.0	11 m	— 0.3	7 m	82	66	0.0	glac.	25
4	751	10 m	749	12 s	+ 0.1	3 s	— 1.2	8 m	92	80	0.6	—	26
5	750	11 s	748	2 s	+ 2.1	1 s	— 4.2	0 m	100	76	0.4	—	27
6	751	10 m	749	12 s	+ 1.8	1 s	+ 0.2	8 m	89	73	0.0	—	29
7	749	0 m	747	12 s	+ 0.8	2 s	— 1.3	5 m	92	71	0.0	—	27
8	747	0 m	743	12 s	+ 0.7	3 s	— 3.2	0 m	96	85	0.1	—	28
9	743	12 s	741	2 s	+ 2.9	2 s	— 4.0	6 m	100	56	0.1	—	30

MALADIES RÉGNANTES. — Sous l'influence du temps brumeux et froid qui a marqué la première décade de décembre, la morbidité a notablement augmenté, ainsi que la mortalité.

De 148 le chiffre des décès est monté à 192 pendant la 49e semaine de 1893, il était de 160 pendant la période correspondante de 1892.

Les maladies infectieuses continuent à être rares; elles n'ont causé que quatre décès (fièvre typhoïde 2, diphtérie 1, dysenterie 1).

Quant aux maladies aiguës des voies respiratoires (bronchites, fluxions de poitrine), elles se multiplient. L'on observe également un assez grand nombre de grippes avec des localisations très variables.

Les congestions et les hémorrhagies cérébrales ont augmenté assez brusquement; les méningites aiguës et tuberculeuses ne diminuent pas.

Les catarrheux et les tuberculeux sont particulièrement éprouvés; ils entrent pour un quart dans la mortalité générale.

Sur les 192 décès hebdomadaires (139 en ville, 53 dans les hôpitaux civils), 36 ont été constatés chez des personnes ayant dépassé 70 ans, et 18 chez des enfants âgés de moins d'un an.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 9 décembre 1893, on a constaté 192 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	18	Affections du cœur.	6
Variole	0	Broncho-pneumonie	9	— des reins....	5
Rougeole..........	0	Pneumonie	12	— cancéreuses.	17
Scarlatine..	0	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	9
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	28	Débilité congénitale	5
Diphtérie-croup ...	1	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	3
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	6	Aut. causes de décès	24
Affect. puerpérales	0	Mal. cérébro-spinales	28		
Dysenterie........	1	Diarrhée infantile..	4	Naissances	164
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessous de 2 a.)	0	Mort-nés	14
Bronchite aiguë...	9	Cirrhose du foie....	2	Décès	192

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

CONSULTATION SUR L'OPPORTUNITÉ DE MERCURIALISER UNE PRIMIPARE PRÉSUMÉE SYPHILITIQUE ;

Par M. P. Diday.

A M. le docteur N...., à Ch.... (Saône-et-Loire).

Cher confrère,

En lui demandant de prononcer sur un point qui vous touche personnellement, vous flattez sans doute votre vieux maître; mais ne vous attendez pourtant pas à des remercîments sans réserve. D'abord il eût bien préféré n'avoir pas une semblable occasion de les mériter. Puis il craint tellement d'être au-dessous de sa tâche qu'il ne se décide à vous répondre qu'à une condition : c'est que vous regarderez la présente comme entrée en matière à un franc et libre échange d'opinion entre nous. En peut-il être autrement quand le client qui consulte est, comme ici, un homme digne à tant de titres lui-même de faire acte de médecin consultant ?

Père, mère, enfant, unis dans l'acte reproducteur, le sont donc naturellement aussi, sous les rapports physiologique et pathologique, quant aux influences qui peuvent modifier cet acte et quant aux conséquences de ces modifications. Aussi, en cas de maladie transmissible de l'un d'eux à l'autre, le tort imputable et le sort à faire à chacun des trois participants solidaires représente-t-il, et tout particulièrement en syphiligraphie, un problème hérissé de contingences. Jadis on se mettait à l'aise vis-à-vis de ceux de ces cas qui déconcertent les idées reçues, en les dénommant « bizarreries, caprices de la nature ». Mais à mesure qu'il pénètre mieux la genèse, la raison d'être de ces diverses contingences, le médecin en arrive à appliquer à chacune l'explication qui lui convient, et surtout à faire à chacune la part thérapeutique dont elle a besoin et qui lui suffit.

N'êtes-vous pas frappé, comme moi, cher confrère, de voir notre public de plus en plus soucieux de précision dans les questions de ce genre ? Promoteur reconnu de ce courant d'opinion, M. Fournier, qui le suscita, consacre à l'entretenir ses hautes qualités d'investigateur de premier ordre. Il pro-

cède a l'élucidation du problème par l'induction appliquée aux résultats de son expérience ; et l'induction ne saurait être plus philosophique, plus authentiques les résultats, plus vaste l'expérience.

Néanmoins, tout en adoptant la plupart de ses solutions, je crois pouvoir et devoir ajouter au mécanisme de sa démonstration, afin d'en accroître la portée, certains *rouages* qu'on voudra bien m'accorder quelque habitude de mettre en jeu, puisque c'est moi qui les ai mis en lumière. Tels sont :

La *loi de Colles*, que j'exhumai, en 1854, du Code où, quoique non abrogée, elle sommeillait depuis dix-sept ans sans plus d'applications que de commentaires ;

La *notion des syphilis fortes et faibles* (1863) qui, pourvu qu'elle sache tenir compte des influences venant à agir après coup sur le malade, garde toute sa valeur prognostique ;

La *syphilis par conception*, dont, après en avoir (en 1858) montré la multiplication, j'établis, en 1876, la réalité d'existence, d'après ses traits caractéristiques et sa statistique (1) ;

Enfin, ma *théorie de la syphilis par génération*, exposée en 1887, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Fournier.

Vous m'aidez aujourd'hui, cher confrère, à tenter un nouveau pas dans cette voie rationnelle, par l'exposé du cas si nettement précisé que vous soumettez à mon appréciation.

Ai-je bien compris le point de fait ?

Marié depuis deux ans, atteint, il y a huit mois, de syphilis, vous vous êtes, dès l'apparition du chancre, soumis à un traitement mercuriel presque ininterrompu. Aussi n'avez-vous eu qu'une roséole éphémère, puis deux éruptions de plaques muqueuses, la première à la lèvre inférieure, la seconde à l'amygdale gauche (constatée par le professeur Fournier).

Elle était guérie depuis trois mois et nul autre accident spécifique ne s'était manifesté lorsque, il y a dix jours, pour la première fois de sa vie, les règles ont manqué chez Madame (restée *indemne* jusqu'ici). Il y a donc forte présomption de grossesse et urgence, dites-vous, de prendre un parti.

(1) Cinquième sesion de l'Association pour l'avancement des sciences, à Clermont-Ferrand, 1876, page 769.

Quel parti ?

Je ne m'arrêterai pas à vous faire remarquer à quel point vous devez être rassuré : 1° par la bénignité de votre syphilis ; 2° par l'état auquel *devait* l'avoir réduite un traitement mercuriel presque continu ; 3° par la date relativement éloignée de votre dernier accident spécifique lorsque vous avez procréé. Cet ensemble de conditions favorables n'est point à dédaigner, et votre sens de praticien sait les apprécier à leur valeur. Mais il vous faut plus : en dépit de ces présomptions, dites-vous, un malheur est à craindre ; et vous voulez, *s'il y a lieu, dès à présent*, être garanti par l'influence du mercure contre tout évènement possible.

Or, y a-t-il lieu ?

Admettons donc que, le jour du coït fécondant, vous étiez apte à propager l'infection. (Ce n'est qu'une hypothèse; mais, pour la clarté de mon exposé, il faut, tenant à tout prévoir, raisonner dans cette hypothèse). Lequel des deux êtres menacés, mère, enfant, l'infection pouvait-elle atteindre le premier ?... L'enfant, puis par lui la mère, répond la science courante. — La mère, puis par elle l'enfant, dis-je au contraire. C'est le mécanisme que, en mai 1887, dans la leçon rappelée ci-dessus, je présentai comme seul conforme à la réalité. Voici mes principaux arguments :

L'ancienne théorie (transmission à la mère par l'enfant) doit admettre, pour ces cas, que le père, seul syphilitique, infecte directement l'ovule ; mais non en le contagionnant, puisqu'on ne contagionne qu'un organe capable d'absorber et que l'ovule, à ce moment, n'a aucune connexion avec un tissu vivant. Aussi, réduit à se payer de mots, l'auteur le plus accrédité se borne à dire que, dans ce cas, le sperme du syphilitique agit sur l'ovule par « imprégnation génératrice » ! En somme, ce serait là de l'hérédité. Or, non seulement pour tout esprit scientifique, mais pour le simple sens commun, *syphilis transmise par voie d'hérédité* est un énoncé aussi choquant que le serait *surdi-mutité transmise par voie de contagion*. Une maladie transmissible a sa manière à elle de se communiquer et n'en a pas deux, surtout deux aussi radicalement différentes. D'ailleurs, s'il en pouvait être ainsi, à deux modes distincts de transmission devraient répondre deux sortes d'effets distincts ; or, la syphilis

qui provient du père offre la même évolution, les mêmes symptômes que celle qui provient exclusivement de la mère, et aussi, sauf le chancre initial, que celle qui résulte du contact de lésions syphilitiques sécrétantes.

« Mais alors, demandera-t-on, comment, selon vous, aurait donc lieu, dans ce cas, la transmission de la syphilis ?

A la mère d'abord par le contact du sperme syphilitique sur la muqueuse de la trompe.

« Mais le sperme n'est pas inoculable, dites-vous ; c'a été prouvé expérimentalement. »

Aussi n'y a-t-il pas là de chancre produit ; mais dans ces conditions le simple dépôt suffit pour que le sperme opère son effet contagieux.

« Contagieux, un corps non inoculable !! Ce serait là un fait tellement nouveau en virulogie... »

Si vous doutez encore, croyez-en Fournier qui dit positivement : « Rien d'étonnant à ce que le sperme puisse transmettre la syphilis comme tout autre germe morbide, et cela sans que néanmoins il soit contagieux par inoculation. » (*Hérédité syphilitique*, 1893, p. 51.) — Mais nous avons mieux que des présomptions et des autorités. MM. Landouzy et Martin n'ont-ils pas rendu des cobayes tuberculeux en portant sur leur péritoine du sperme de tuberculeux ; genre de mise en rapport cependant moins efficace que ne l'est le contact de spermatozoïdes laissés à demeure sur une membrane où la congestion physiologique, à ce moment, développe à son summum l'activité vitale, et partant les forces absorbantes.

« Et alors, si j'ai bien saisi, c'est la mère qui d'abord... »

Oui ; s'il y a quelqu'un d'infecté par le père, le premier pris est toujours elle.

« Et c'est d'elle ensuite que découlerait sur l'enfant... »

De mieux en mieux saisi !... Oui, l'agent infectieux que, jusqu'ici, sans s'expliquer comment, on croyait être directement transmis du père à l'enfant, puis de celui-ci à la mère, va au contraire directement à la mère, puis de celle-ci à l'enfant ; et cela par une voie tout à fait normale, usuelle, la seule, remarquez-le, qui chez une femme devenue syphilitique après avoir conçu, puisse le porter à l'enfant, c'est-à-

dire par l'intermédiaire du placenta. — Voulez-vous, cher confrère, tenir le fil de ce labyrinthe, disposer d'un bon guide pour comprendre la conduite à tenir dans le cas qui vous préoccupe ? Partez de l'axiome scolastique légèrement modifié pour nos besoins spéciaux : « *Nihil est in fœtu quod non priùs fuerit in matre.* »

« Oh ! je comprends à demi-mot. Puisque l'infection procède toujours de la mère, c'est un traitement immédiat de la mère que vous allez me conseiller ? »

Ah ! cette fois, nous cessons de nous entendre. Moi qui prétends, au contraire, déduire de ces principes que, pour le moment, Madame n'a rien à faire avec le mercure ! Écoutez donc Je n'expliquerai peut-être pas tout ; mais je ne dirai, n'invoquerai rien qui n'ait été révélé et vérifié par l'observation.

Supposons une femme devenue enceinte d'un mari en état de contagionner : si la contagion s'est réalisée, qu'en résulte-t-il pour la mère et pour l'enfant ? — Je tiens d'autant plus à la clarté de cet examen que tout en confirmant ma théorie, il me permettra, je pense, d'apporter quelque adoucissement à l'ancienne loi dont l'unique prescription, en pareille circonstance, était : « Le mercure en tout cas, le mercure le plus tôt et le plus longtemps possible ! »

Je reprends : Que *peut* communiquer dans sa famille un homme qui, étant dans les conditions précitées, a fécondé sa femme ?

A celle-ci ?

1° Le plus souvent une sorte de vaccination, qui se traduit pour elle par l'inaptitude à être infectée par le contact de lésions syphilitiques (loi de Colles).

2° Plus rarement, une syphilis complète (sauf le chancre et l'adénopathie) que j'ai désignée sous le nom de syphilis *par conception,* laquelle éclate chez la mère, — notez ceci, en moyenne au 60ᵉ jour de la grossesse, — par la roséole, les plaques muqueuses, céphalée, etc.

Et à l'enfant issu de cette fécondation ?

Une syphilis dite *congénitale ;* elle aussi sans chancre ni adénopathie ; dont le premier effet perceptible est l'avortement, lequel a lieu dans plus de la moitié des cas, et en moyenne vers le quatrième mois de la grossesse, — notez

encore ce point, lui aussi établi par ma statistique; — syphilis dont, en cas de survie, les premiers symptômes objectifs classiques éclatent très rarement à la naissance, ordinairement à six semaines ou deux mois.

Telle est la marche du mal, mais, ne l'oubliez pas, cher confrère, telle est sa marche *quand ce mal était, chez le mari, à l'état transmissible au moment où il a procréé.* Or vous savez que, à mon avis, ce n'était point là votre cas. Premier motif pour ajourner le traitement chez Madame. Mais il en est d'autres.

Le premier, c'est que, en ce moment, rien ne peut vous mettre en mesure de juger dans laquelle des deux catégories ci-dessus se trouvait Madame; si, en charriant le virus, elle devait être soit du nombre des malheureuses qui y prennent la vérole, soit de celui, plus considérable, des privilégiées qui y gagnent la vaccination ?

Considérez d'autre part que, en commençant le traitement plus tôt, vous n'auriez réalisé nul bénéfice pour la mère; je le dis et je le prouve:

Les lésions que, dans le premier cas, elle a, lésions que vous appelez accidents secondaires et qui effectivement en ont la physionomie, sont pour elle, et ne l'oubliez pas, le premier symptôme en date. Ce syndrôme, sous le rapport de la place qu'il occupe dans l'évolution de cette syphilis-là, est donc l'analogue du *chancre* dans la syphilis ordinaire, celle née du contact de la sécrétion de lésions syphilitiques.

Eh bien! guidez-vous, comme je base, moi, ma réponse sur cette analogie indéniable. Est-il jamais venu à la pensée d'un praticien d'administrer du mercure *avant* le chancre ? de donner par conséquent le spécifique à un individu par cela seul qu'il viendrait de cohabiter avec une femme *soupçonnée* d'avoir des lésions syphilitiques ? Vous souriez!... Ce sourire me dispenserait d'insister si je n'avais à ajouter que, en fait, on possède, j'ai cité des exemples indéniables (l'un d'eux observé par le prof. Fournier) d'individus qui ayant contracté la syphilis pendant qu'ils suivaient un traitement mercuriel ordonné par erreur de diagnostic, ont vu cette syphilis évoluer selon les phases, offrir son degré d'intensité ordinaires. (Voir ma *Pratique des maladies vénériennes*, p. 378).

« Mais dans l'intérêt de l'enfant, me direz-vous, afin de

le préserver, lui? le remède ne pouvant arriver au fœtus que par l'intermédiaire de la mère, ne serait-il pas indiqué de mercurialiser celle-ci aussitôt qu'on la sait, même seulement qu'on la présume enceinte? »

Je réponds :

Oui, certes, lorsque la mère était syphilitique avant sa grossesse, ou bien lorsque une ou plusieurs grossesses précédentes se sont terminées par la naissance d'un enfant syphilitique ; car c'est là un présage suffisamment clair de ce que le nouveau conçu a à redouter cette fois.

Non dans le cas bien précisé que vous soumettez à mon jugement. Et cela pour trois motifs :

Premièrement, parce qu'il y a fort peu de probabilités pour qu'un enfant conçu dans les conditions de santé rassurantes qu'offrait le père lorsqu'il procréa, soit atteint de syphilis ;

Deuxièmement, parce que s'il en était autrement, le médecin aurait chance d'en être averti à un moment où il serait encore temps d'instituer un traitement capable de préserver l'enfant, je veux dire averti par l'éclosion de symptômes syphilitiques sur la mère vers la fin du deuxième mois de la grossesse. — On invoque, il est vrai, quelques-uns invoquent avec insistance les succès d'un traitement commencé *dès le début de la grossesse*. Mais comme pratique c'est une routine, comme raisonnement c'est un non sens. Lorsque, ayant donné le mercure dès que vous êtes sûr de la grossesse, vous l'avez continué quatre ou cinq mois, ou jusqu'à la fin de la gestation, ainsi que M. le prof. Fournier le conseille formellement, comment pouvez-vous savoir quelles ont été les doses qui ont agi préventivement? Celles administrées avant l'époque où, lorsque la maladie existe, elle révèle par des symptômes qu'elle est devenue impressionnable à l'action des spécifiques? Ou bien sont-ce les doses données postérieurement à cette date? A cette question vous avez vu ce que répond la physiologie; et l'on n'imagine guère quel démenti pourrait lui donner la logique.

Troisièmement, enfin, parce que lorsqu'il existe de pareilles probabilités que l'enfant ne sera pas atteint, il y a un inconvénient d'ordre différent, inconvénient sérieux à donner du

mercure à la mère avant de savoir si cela était nécessaire. Voyez la situation, en effet :

Dans la syphilis ordinaire, qu'elle ait frappé soit le mari, soit la femme, soit tous les deux, lorsqu'il s'agit, après les avoir traités tous les deux, de vérifier s'ils sont en état de procréer avec sécurité, que fais-je ? Je les laisse un certain temps (mettons deux ans) *sans traitement*. A cette condition seulement l'absence de récidives, pendant ces deux ans, prouvera qu'ils étaient bien guéris. Au contraire, les mercurialisez-vous durant ce temps ? Ils auront beau avoir joui de l'immunité, cela laissera toujours le soupçon qu'ils la doivent au pouvoir *préventif*, partant seulement *suspensif* du spécifique ; qu'ils peuvent donc s'attendre, n'importe à quelle date, à une nouvelle explosion de symptômes.

Eh bien ! je vous le demande, est-il bon pour cette pauvre femme, de la maintenir dans une telle ignorance, dans un tel doute, dans une telle inquiétude ?

Mercurialisant d'emblée par elle son premier enfant, — car rappelons-nous qu'il s'agit ici d'une primipare, — cet enfant aura beau naître et vivre sain, n'aura-t-elle pas des raisons de croire qu'elle ne doit ce résultat qu'au mercure ? Et, par conséquent, la tendresse maternelle s'exagérant toujours le danger, ne se figurera-t-elle pas qu'elle sera condamnée à prendre du mercure durant toutes ses grossesses ultérieures ? Que dis-je ? après tout *retard* tant soit peu prolongé de la menstruation, car pour produire la syphilis par conception, ceci est maintenant admis, il n'est pas besoin d'un long contact d'un ovule imprégné de sperme avec la muqueuse tubaire.

Pesez vous-même, cher confrère, pesez le pour et le contre. Mais, avant de vous décider, prenez en considération un autre avantage du parti que je vous conseille, moi, du parti de l'expectation.

Supposons le cas où la mère n'ayant eu pendant sa grossesse aucun symptôme, n'a fait aucun traitement et où le nouveau-né est syphilitique. Son sort, à lui, en est-il aggravé ? Non ; voyant le mal réalisé, on le traitera tout de suite, et non à l'aveugle indirectement, en gorgeant sans critérium la mère de spécifiques, mais en variant, dosant, prolongeant la médication directement adressée au petit ma-

lade lui-même, selon les besoins et les effets reconnus.

Et, de plus, il bénéficiera de la chance la plus favorable qu'on puisse souhaiter à n'importe quel nouveau-né, mais surtout à celui-ci sur qui pèsent tant et de telles menaces, la chance d'avoir pour nourrice sa mère ; et une mère en quelque sorte faite exprès pour la circonstance. Affranchie par moi de six ou sept mois de mercure, par Colles de toute crainte de contagion, la voilà à même de donner à son nourrisson, en même temps qu'un lait éminemment réparateur, des soins dégagés de toute contrainte ; de telle sorte que si je ne répugnais à profaner par un jeu de mots fin de siècle le plus pur des sentiments humains, je dirais cette femme littéralement *Collée* à son enfant, destinée comme le sort l'a voulu, à être pour lui la tendre providence qui fait vivre et la vigilante garde-malade qui guérit. Ainsi, épargnant aux autres membres de sa famille les contacts dangereux, gardant exclusivement la direction de ce que, jour et nuit, sans relâche, exige la restauration et le maintien des forces vitales et la neutralisation active mais inoffensive du virus, comme va se resserrer le lien qui l'unit au pauvre disgracié ! Avec quelle ivresse n'entrevoit-elle pas, pour l'avenir, dans la peine même qu'il lui coûte la plus douce des récompenses !

Autre avantage, mais parlons bas. Puisque seule elle le peut impunément, seule à l'embrasser !... N'est-ce pas là le vœu secret de toute mère ; vœu fomenté par une telle jalousie chez quelques-unes qu'elles iraient jusqu'à bénir la vérole même qui le leur réalise !

Je me résume :

Dans les conditions où vous vous trouvez, cher confrère, ajournez sans crainte ni scrupule le traitement spécifique. Tout vous y engage :

1° Les autorités : « Le parti de l'expectation est le plus sage en l'espèce. » (Ricord, communication orale à M. Fournier). — « A quoi tendrait une médication préventive, alors que presque sûrement il n'y a rien à prévenir ? » (Fournier, *L'hérédité syphilitique*, p. 364.)

2° Le doute fondé que ce traitement ait quelque effet, puisqu'il serait commencé avant que la syphilis n'ait commencé chez la mère et chez l'enfant. (« Un traitement ne les sauve-

rait peut-être pas de la vérole, s'ils avaient à la recevoir », dit Ricord, qui partageait ce doute.)

3° La chance de pouvoir tout concilier sans rien compromettre en temporisant deux mois. — A cette date, quant à la mère, éclatent les premiers signes de la syphilis, si elle doit l'avoir. Donc, et quant à l'enfant, si le médecin est averti par une poussée de symptômes chez la mère, il a deux mois pour prévenir, en donnant dès lors du mercure, le premier et le plus sérieux danger qui menace, l'avortement (lequel n'a lieu, en moyenne, que vers le quatrième mois de la grossesse).

4° L'inconvénient, en traitant cette femme sans nécessité apparente de lui causer sur l'issue de ses grossesses ultérieures une inquiétude sur laquelle le médecin n'aura pas de prise puisqu'il l'a créée lui-même par son imprudente à force d'être prudente, prescription de mercure.

5° L'enfant, par malheur, a-t-il été infecté? Comme compensation à sa vérole, qu'on pourra soigner *ab ovo*, cette précieuse perspective que, en traversant l'organisme maternel, le virus lui ait façonné, procuré une nourrice modèle.

Un dernier mot, cher confrère: pardon pour ce *résumé* de ressembler à un manifeste. C'est un faux air, croyez-le bien. Me soupçonnerait-on de vouloir imposer mes idées? N'ayant point qualité pour le faire, je fus toujours, Dieu merci, exempt du goût de le tenter. Gardez donc intacts et votre liberté de douter et votre droit de répondre. En toute sincérité, je respecterai la première, autant que de tout cœur il me serait doux de vous voir user du second.

ACTION ET INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN HYDROTHÉRAPIE;

Par M. le docteur Couette.

Suite. — (Voir les numéros 48, 49, 50 et 51.)

INDICATIONS DE LA TEMPÉRATURE.

Elles découlent tout naturellement de l'action physiologique que je viens d'exposer. Aussi pourrai-je être bref,

n'ayant plus rien à démontrer, mais seulement des conclusions à formuler, pour ainsi dire.

Qu'on me permette toutefois, et pour commencer quelques réflexions générales préjudicielles sur tout traitement hydrothérapique rationnel, et sur la nature des indications que l'on peut émettre à cet égard.

Peut-on et doit-on faire l'exposé de ces indications en envisageant successivement chaque forme morbide, ou même chaque division du cadre nosologique, pour montrer quelle température convient à tel cas déterminé ? Je ne le pense pas ; d'abord parce que ce serait presque impossible, vu le nombre indéfini des formes morbides ; ensuite parce que, le pourrait-on, cela serait sans grande utilité, car on peut répéter, en hydrothérapie, cette vérité clinique générale, qu'on n'a pas des maladies à soigner, mais des malades.

Peut-être même, à ce propos, ne serai-je pas bien hérétique en disant qu'à la rigueur, peu importe l'étiquette officielle, plus ou moins orthodoxe, dont on décore une maladie : s'il s'agit de la traiter par l'hydrothérapie, et si le médecin en connaît les origines, en comprend la nature anatomo-physiologique, s'en explique bien les symptômes apparents par les lésions organiques ou les troubles fonctionnels dont il entrevoit l'existence, on peut être sûr qu'il verra juste au point de vue des indications générales à remplir, et sera guidé rationnellement pour choisir et manier à propos les diverses formules de l'hydrothérapie. Ce que Ribes exprimait de la façon suivante : « Le premier besoin est de connaître le mode physiologique du malade, le degré et l'état de ses forces, tout ce qui répond à sa nature personnelle ; vient ensuite celui d'établir l'indication thérapeutique, c'est-à-dire le genre de changement qu'il conviendrait d'introduire, dans l'affection dont il est atteint, afin de déterminer le genre d'effet qu'il faut demander à l'eau froide. »

Ces indications, ces « genres de changement » qu'il convient d'obtenir, se rapportent, en hydrothérapie comme dans toutes les branches de la thérapeutique, soit à l'état général, soit à l'état local des malades, au terrain qui porte et engendre les accidents, ou aux accidents eux-mêmes. En un mot, la thérapeutique hydriatique peut être *fondamentale,* ou *symptomatique :* la rendre symptomatique sans cesser d'être

fondamentale, s'attaquer à la cause première, au terrain, en même temps qu'agir sur les accidents locaux, serait l'idéal; la cure, en pareil cas, deviendrait facile et brillante. Malheureusement il est loin d'en être ainsi, les indications générales et locales ayant trop souvent un côté contradictoire, qui rend presque impossible de réaliser leur union.

C'est, par exemple, une jeune fille languissante, anémique, que l'eau froide guérirait sans doute ; mais son système nerveux débilité, en état de «faiblesse irritable», fait craindre que, au début tout au moins, elle ne puisse supporter impunément cet agent : il peut en effet exaspérer momentanément son éréthisme nerveux. C'est encore un névralgique, rhumatisant avéré, tout indiqué pour un traitement à l'eau chaude, si cela ne devait pas nuire à son état général.

Il y là un écueil parfois difficile à éviter, et généralement fort ennuyeux au début d'un traitement; mais il y a aussi, pour le médecin traitant habituel, une excellente occasion d'user de sa légitime influence. Mieux que tout autre, il est en situation d'encourager son client, de lui faire comprendre qu'il est impossible d'obtenir à la fois des choses contradictoires, l'excitation de ceci en même temps que la sédation de cela; que d'ailleurs, à tout prendre et faute de mieux, il est préférable de s'attaquer à la cause première des accidents, plutôt qu'à des symptômes, pénibles à la vérité, mais souvent ondoyants et instables : le résultat final, pour être plus lent, n'en sera que plus durable.

Le parti le plus sage, souvent d'ailleurs imposé par la situation, consiste dans la tactique suivante: agir sur le terrain porteur des accidents, pour le modifier peu à peu, en même temps que ménager dans la mesure du possible, par certaines modulations dans l'application hydrothérapique, les symptômes locaux. Pour ce faire, des tâtonnements de début seront presque inévitables, même avec le doigté délicat et savant que peut seul donner une longue pratique journalière ; souvent même le plus expérimenté n'échappera à un échec que s'il est soutenu par le médecin ordinaire du malade.

C'est que celui-ci, beaucoup mieux que le spécialiste, toujours un peu suspect de prêcher pour son saint en pareil cas, pourra faire comprendre les lois générales de la théra-

peutique, qui enseignent qu'une médication d'ordre hygiénique est naturellement et fatalement une médication lente, à longue échéance quant à ses effets généraux définitivement acquis. Il montrera que si l'on obtient parfois certains résultats immédiats, ou du moins fort rapides, après quelques séances hydrothérapiques, ces résultats sont toujours et purement *symptomatiques*, c'est-à-dire de simples modifications fonctionnelles, d'ordre physiologique, instables et disparaissant peu après leur cause productrice, semblables en cela à ce que produisent souvent les substances médicamenteuses. Mais modifier un terrain, améliorer un tempérament défectueux, redresser un état général déformé, est toujours chose longue, car l'hydrothérapie, si elle est *l'huile de foie de morue des nerveux, des asthéniés de toutes sortes*, demande, comme ce médicament chez les strumeux, à être employée longtemps et avec persistance, pour en obtenir tout le résultat qu'on est en droit d'en attendre.

En tous cas, qu'il me soit permis de le dire ici, rien n'est funeste à la bonne conduite d'un traitement comme d'ajourner un malade après quelques séances hydrothérapiques d'essai, car c'est lui donner le fol espoir d'une amélioration tangible trop rapide, lui préparer une désillusion, qui précédera de peu le découragement.

Cette longue digression faite, je reviens à la question des indications de la température en hydrothérapie. Je disais plus haut qu'il était impossible et inutile d'entrer dans le détail de leur exposé, parce qu'on ne saurait affecter à l'avance, et d'une façon déterminée, telle température à telle maladie, quand on ignore les cas particuliers qui peuvent se présenter, avec leurs variations à l'infini. La seule chose que l'on puisse faire, c'est de traiter la question à un point de vue général, en envisageant seulement le résultat général que l'on veut obtenir : excitation ou sédation, hyper ou hyponutrition, hyper ou hyposthénie, congestion ou révulsion, etc.

Sous ce rapport, j'ai conscience d'avoir peu de choses bien nouvelles à vous apprendre : les desiderata de l'état physiologico-pathologique de vos malades étant de vous parfaitement connus, je n'aurai à faire qu'une sorte d'adaptation, au passage, des notions cliniques courantes, aux règles plus spéciales et moins connues de l'hydrothérapie. J'ajoute

même que, si je rappelle ici ces notions générales, c'est parce que l'essentiel est, comme toujours, moins de savoir que d'appliquer à propos.

Indications de la froideur da l'eau. — Ces indications sont des plus nettes et des plus fréquentes. En dehors des applications froides prolongées, dont l'action est toute différente, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici, on peut dire que l'eau froide, excitatrice et perturbatrice des fonctions, convient toutes les fois qu'il y a lieu de stimuler la torpeur et l'asthénie de celles-ci, d'améliorer la nutrition et le fonctionnement des organes : l'*hyponutrition* des tissus, l'*hyposthénie* des organes et l'*hypofonctionnalisme* en général sont donc les indications ordinaires et principales de l'eau froide.

Dans le cadre de l'*hyponutrition* il y a lieu évidemment de ranger non seulement les cas d'alanguissement, de débilitation où les ingesta sont manifestement insuffisants (anorexiques de tous ordres), mais encore ceux où les ingesta sont mal élaborés, mal assimilés (dyspeptiques divers), ou encore incomplètement oxydés et transformés dans les tissus, qu'ils encombrent de produits résiduels (obèses, goutteux, diabétiques, etc.).

L'eau froide influence favorablement et souvent assez rapidement tous ces états; s'il en est de tenaces, l'expérience nous apprend que cela tient à ce fait qu'ils dépendent, non pas de simples troubles fonctionnels, mais de lésions anatomo-pathologiques contre lesquelles l'hydrothérapie est naturellement impuissante; ou bien de troubles fonctionnels anciens, dont la déviation physiologique invétérée est devenue une seconde nature; ou bien encore d'un système nerveux détraqué, hystérisant, qui, par exemple, ne *veut pas* manger, du moins quand on le voit, et éprouve un secret et malsain plaisir à se sentir l'objet des attentions, du désespoir, parfois d'une certaine admiration de tout un entourage.

A toutes ces catégories de malades, l'hydrothérapie convient cependant, mais ne peut donner, pour ainsi dire, que ce qu'elle a. Il faut bien savoir en effet que si une lésion anatomique non régressive n'est nullement influencée par l'eau froide, l'état général du porteur pourra toutefois sen-

siblement s'améliorer; et vraiment, n'est-ce pas là le but unique et la seule ambition des médications toniques en une foule de circonstances ? Quel médecin, bien souvent, oserait espérer mieux, et ne se déclarerait amplement satisfait d'un tel résultat ? Quant aux déformations physiologiques et fonctionnelles chroniques, l'eau froide agit manifestement sur elles, mais lentement ; il faut, en pareils cas, ne pas oublier que la lenteur de la guérison est proportionnelle à l'ancienneté des accidents, à la raideur dans la fausse position et aux néoformations qui peuvent la maintenir, pour employer une comparaison chirurgicale rendant bien ma pensée.

Pour ce qui est des jeunes hystériques, dont le détraquement nerveux porte surtout sur le système moral, sur le *vouloir*, il est incontestable que les mille riens journaliers de l'existence familiale font plus de mal que l'hydrothérapie ne peut leur faire de bien. Aussi l'isolement, comme mesure d'hygiène spéciale, doit-il s'allier tout d'abord à l'hydrothérapie, qui reste la médication fondamentale de ces états.

L'*hyposthénie* et l'*hypofonctionnalisme* sont encore, avons-nous dit, les indications générales de l'eau froide. Toutes les fois que l'excitant physiologique d'une fonction, l'influx nerveux, a perdu de son énergie, que la pile qui fournit le courant commence à s'épuiser, la stimulation immédiatement produite par les applications froides sera la bienvenue. De même encore lorsque le mécanisme des organes se meut avec difficuité, que les rouages sont engorgés, il y aura lieu de recourir à l'excitation, au débrayage que détermine l'eau froide.

On obtient ainsi des résultats favorables, immédiats mais tout momentanés : c'est alors que la répétition journalière de ce mieux-être passager s'impose, si l'on veut arriver à la guérison.

En dehors de ces indications tenant à l'état général, on peut avoir pour but d'obtenir certains effets locaux, par la réunion, habituellement pratiquée, de l'action de la pression à celle de la froideur de l'eau. Je ne pourrai énumérer ici que les principaux de ces effets. C'est, par exemple, une dérivation sanguine avec excitation fonctionnelle médullaire,

en promenant le jet de la douche le long de la colonne vertébrale ; une contraction, par une douche en lame, des parois musculo-membraneuses des organes abdominaux ; une révulsion des régions hépatique, splénique ou sciatique, par une douche en jet, prudemment dirigée ; une dérivation sanguine locale et des troubles circulatoires réflexes, à distance, sympathiques pour ainsi dire, du côté du cerveau ou de l'utérus, par des bains de pieds ou de siège, par certaines douches sur les épaules ou les bras.

Dans tous ces cas, dont il serait oiseux d'allonger la liste, l'action de l'eau froide est basée sur ses effets vaso-moteurs, directs et indirects, sur l'excitation locale, nerveuse, circulatoire et nutritive qu'elle détermine.

Les résultats thérapeutiques, des plus variables naturellement, échappent à une classification naturelle. Ce sera, selon les cas, une stimulation fonctionnelle chez les myélasthéniques; la rétraction stomacale chez les dilatés; une tendance évacuatrice chez les constipés par atonie intestinale; le dégorgement splénique chez les paludéens, hépatique ou utérin chez d'autres ; enfin la résorption de produits inflammatoires ou l'amélioration nutritive d'un membre atrophié, par suractivité circulatoire et oxydante locale, avec entraînement, élimination ou simple combustion sur place plus rapide des produits de néoformation ou résiduels qui peuvent exister.

Il y a bien encore les effets vaso-moteurs indirects, si curieux et si importants, parfois même quelque peu dangereux, surtout pour le cerveau et l'utérus : mais ils sont encore incomplètement étudiés, et ce que je viens de dire suffit pour montrer quelle foule d'états morbides locaux peuvent être favorablement influencés par l'eau froide.

Comme l'action physiologique, dont ils sont le corollaire naturel, les résultats thérapeutiques qu'on peut obtenir de l'eau froide varient en quantité d'après la sensation froide perçue, ce qui ne veut pas dire que la guérison soit toujours d'autant plus rapide que l'eau est plus froide. Non, car il est avant tout indispensable que l'action des applications hydrothérapiques soit adaptée au tempérament de celui qui les pratique, parfois à la nature de sa maladie, qu'elle soit en un mot *adéquat* aux besoins de la situation.

D'ailleurs il faut rappeler ici que l'action de la température n'est pas tout, et qu'il y a en hydrothérapie d'autres facteurs dont il faut tenir compte. C'est ainsi que la durée d'application, pour ne parler que d'elle, peut, à sensation égale, modifier profondément la quantité, même la nature des résultats. Sous ce rapport, et sans m'étendre sur une question que ne comporte pas mon sujet, je puis formuler ce principe hydrothérapique que *l'excitation générale et les effets vaso-moteurs indirects sont en raison inverse*, *la sédation générale*, *la révulsion et l'excitation locale en raison directe de la durée d'application de l'eau froide.*

Indications de la tiédeur de l'eau. — Les indications vraiment médicales de l'eau tiède sont fort rares, et pourtant son emploi est fréquent en hydrothérapie. C'est que, si ses vertus curatives sont des plus anodines, son action morale encourageante est énorme sur les malades pusillanimes qui ont peur à l'avance et de la sensation froide, et des prétendus dangers inhérents à la méthode. Tel qu'il serait presque impossible d'amener à un traitement régulier, d'emblée à l'eau froide, s'y acheminera tout doucement, presque sans protestation, si l'on débute par l'eau tiède, surtout si l'on a soin de ne pas le prévenir des abaissements successifs que l'on fait subir à la température de l'eau.

En pratique, d'ailleurs, cette manière d'agir n'a pas seulement l'avantage de permettre l'accoutumance du malade, ce qui pourtant n'est pas à dédaigner en maintes circonstances, mais aussi et surtout de supprimer les effets nerveux déplorables de l'appréhension exagérée. On rencontre des malades hantés dès la veille par l'idée inquiétante de la douche froide du lendemain, et dont le sommeil, déjà si précaire, est troublé plus ou moins par cette obsession; des enfants qui crient, trépignent, se débattent avant l'application froide, qu'on est bien forcé d'ailleurs de leur administrer comme on peut et par à peu près. Dans ces cas, et toute question de sentimentalité à part, on doit logiquement admettre que l'état psychique préalable, la diminution de sommeil, l'excitation nerveuse que produit l'appréhension, font au moins autant de mal qu'une douche froide, imparfaitement donnée la plupart du temps, peut faire de bien.

Ne serait-ce que pour cela, j'avoue que l'eau tiède n'est

pas à rayer de l'arsenal hydriatique; et si le médecin spécialiste, doutant fort et avec raison de ses propriétés curatives, ne l'emploie guère qu'à son corps défendant, il est néanmoins trop heureux souvent de l'avoir à sa disposition. Mais il est bien entendu, au point de vue théorique et doctrinal, que personne n'apprécie sérieusement son action physiologico-thérapeutique, et qu'elle ne doit pas être considérée, ni peu ni prou, comme un succédané de l'eau fraîche.

Son action sur les timorés est d'ailleurs purement morale. Débuter par l'eau tiède n'atténue en rien le désagrément des premières applications froides ; bien au contraire, je crois, pour ma part, que la somme des sensations désagréables est alors plus grande qu'avec l'eau froide d'emblée : tel le baigneur pusillanime qui entre pas à pas dans une rivière, éprouvant une nouvelle sensation à chaque centimètre qui s'immerge, au lieu d'une sensation unique, plus vive peut-être, mais plus instantanée et pas plus désagréable assurément, en s'y jetant tout d'une pièce.

Pour toutes ces raisons, on peut dire que, n'était son action morale bienfaisante, le temps passé à un début de traitement par l'eau tiède est du temps perdu pour le résultat thérapeutique, en grande partie du moins.

Comme indications de l'eau tiède, ce que nous venons de dire jusqu'ici constitue à peu près exclusivement des contre-indications de l'eau froide. Cependant l'action légèrement sédative de la tiédeur de l'eau permet de l'utiliser avec succès dans les cas d'éréthisme nerveux. de *faiblesse irritable* très accusée, où l'eau, même simplement fraîche, exaspère parfois le système nerveux, provoque des névralgies, des troubles cardio-pulmonaires, une diminution de sommeil : c'est peut-être la seule indication vraiment médicale de l'eau tiède ; et encore, n'est-ce pas là seulement une nouvelle contre-indication de l'eau froide ?

La *tiédeur de l'eau* n'est donc, à proprement parler, rationnellement indiquée en aucune circonstance. Mais si, à ce facteur hydrothérapique sans influence, on en joint d'autres pouvant avoir une action plus nette, comme la pression et le choc de l'eau, les frictions et l'exercice musculaire consécutifs, il n'en sera plus ainsi , et l'on pourra dire que les *applications tièdes* ont parfois une action réelle et des indi-

cations positives. C'est ainsi que (sans m'étendre sur cette question de la pression qui reste en dehors de mon sujet), avec l'eau tiède et une pression suffisante, on obtiendra parfois les effets excitants d'une petite douche fraîche, moins la sensation et l'hypothermie consécutive.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de novembre 1893.— Présidence de M. Cordier.

GANGRÈNE PAR ARRACHEMENT DE L'ARTÈRE POPLITÉE SUITE DE LUXATION

M. Lagoutte présente l'articulation fémoro-tibiale d'un homme amputé dans le service de M. le professeur Poncet, pour une gangrène du membre inférieur. Cet homme avait reçu un coup de pied de mulet sur le genou; le pied s'était refroidi peu après l'accident et la gangrène, puis le sphacèle étaient survenus. L'amputation a été pratiquée au niveau du tiers inférieur de la cuisse dès le lendemain. Il s'était produit une luxation incomplète de l'article: seul, le condyle externe avait été déplacé et le plateau tibial correspondant écrasé. La cause de la gangrène était l'arrachement des vaisseaux poplités, sans qu'il se fût produit d'hémorrahgie ou d'anévrysme diffus. M. Jaboulay a trouvé ces faits de ruptures assez fréquents à la suite de réductions d'ankylose; mais ils sont rares comme conséquences de luxations. M. L. Dor a trouvé dans le pus le *bacillus pyogenes fœtidus*.

ATROPHIE DU COTÉ ET DU MEMBRE SUPÉRIEUR A LA SUITE DE PLEURÉSIE, PARÉSIE ET ANESTHÉSIE CONSÉCUTIVES.

M. Thévenet présente au nom de M. le professeur Lépine un malade âgé de 59 ans, originaire de Polidah, ayant fait comme spahis toutes les guerres du second Empire, puis de 1870 à 1892, cuisinier sur les paquebots, mais n'ayant jamais subi d'atteinte de la malaria, de la fièvre jaune, du choléra, de dysenterie, n'ayant jamais non plus présenté ni syphilis, ni saturnisme. Ce malade a éprouvé quatre atteintes de rhumatisme articulaire aigu; la troisième s'est compliquée d'une

pleurésie gauche, la quatrième d'endo-péricardite. L'état actuel permet de constater un aplatissement marqué de la moitié gauche du thorax qui mesure 4 cent. 1/2 de moins que l'hémithorax droit. Tous les muscles de l'épaule sont atrophiés et particulièrement le deltoïde. Sans être manifestement atrophié le reste du membre supérieur est affaibli et ne donne au dynamomètre que 25 au lieu de 60 à droite. Mais on constate surtout une anesthésie avec athermesthésie de l'hémithorax gauche, de l'épaule et du membre supérieur. Pas de douleurs spontanées ou provoquées sur les trajets nerveux; réflexes normaux; pas de zones hystérogènes; un peu de sensibilité toutefois à la pression de l'hypocondre droit et léger malaise respiratoire et laryngé.

M. Lépine. Les faits de ce genre sont rares et j'en ai signalé deux en 1873 à la Société médicale des hôpitaux; il y avait également une atrophie notable de l'épaule et des parois thoraciques. En raison de l'épanchement pleurétique on pouvait songer à une lésion nerveuse provenant d'une ponction; mais, bien que ce malade ait été traité dans le service de M. Potain, il n'a pas été ponctionné. La théorie pathogénique de ces cas est difficile à donner.

SUR UN MOYEN D'EMPÊCHER LA LIQUÉFACTION DE LA GÉLATINE PAR LES COLONIES BACTÉRIENNES FLUIDIFIANTES DANS L'ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE QUANTITATIVE DES EAUX.

M. Gabriel Roux rappelle que des deux principaux procédés d'analyse bactériologique des eaux, dans les milieux liquides et sur les solides, c'est ce dernier qui l'a emporté, étant beaucoup plus commode et plus simple. Il est loin cependant d'être parfait, et le plus grave inconvénient qu'il présente consiste dans la *liquéfaction* parfois très hâtive de la gélatine nutritive, liquéfaction due à la production par les nombreuses colonies bactériennes de *diastases* qui fluidifient le milieu solide. Il peut arriver alors qu'en quelques heures des cultures soient absolument perdues et le succès d'une analyse irrémédiablement compromis. Depuis plusieurs années déjà, M. G. Roux, préoccupé comme tous les bactériologues de la gravité de ce phénomène, a cherché à y remédier par divers procédés qui ne lui ont pas donné de résultats satisfaisants. Il eut alors l'idée, en lisant dernièrement un

article sur le *stérésol*, vernis antiseptique découvert par M. le Dr Berlioz (de Grenoble) et préconisé par lui contre la diphtérie en raison de son adhérence sur les surfaces humides, d'utiliser cette substance contre la liquéfaction de la gélatine nutritive, et les résultats obtenus ont été excellents, comme en peuvent juger les membres de la Société, sous les yeux desquels passent des plaques ou des tubes dans lesquels depuis un grand nombre de jours déjà les colonies fluidifiantes ont été immobilisées par une goutte de *stérésol*.

Le vernis diffusant très peu à travers la gélatine n'empêche pas, comme on aurait pu le craindre, le développement ultérieur de nouvelles colonies dans le voisinage de celle traitée par le stérésol.

Au reste M. G. Roux poursuit ses recherches en vue de diminuer la coloration de la tache produite (le stérésol transparent rose de M. Berlioz qui diffère du stérésol ordinaire par sa teinte très peu foncée semble adhérer beaucoup moins à à la gélatine) et de limiter la dose de l'antiseptique à son minimum exigible, peut être même pourra-t-on le supprimer entièrement.

A PROPOS DE LA SÉRUM-THÉRAPIE DU TÉTANOS.

M. Courmont, en son nom et à celui de M. Doyon, rappelle la théorie du ferment soluble telle qu'ils l'ont exposée à la Société, à la Société de biologie et à l'Académie des sciences : *La substance toxique qui engendre le tétanos résulte de l'action sur l'organisme récepteur d'un ferment soluble fabriqué par le bacille de Nicolaïer.*

Les expériences de MM. Roux et Vaillard ont confirmé la première proposition de MM. Behring et Kitasato, c'est-à-dire : le mélange *in vitro* de sérum antitétanique et de culture filtrée du bacille de Nicolaïer, injecté à l'animal ne lui donne pas le tétanos ; le sérum des animaux rendus réfractaires prévient sûrement le tétanos. Mais la seconde proposition de MM. Behring et Kitasato est infirmée par les expériences de MM. Roux et Vaillard. Dès que les contractures ont apparu, l'injection du sérum antitoxique reste sans effet curatif, et il est impossible d'affirmer que l'on peut guérir le tétanos déclaré chez les animaux.

Si le sérum était antitoxique, il devrait non seulement

prévenir le tétanos, mais aussi le guérir à toutes ses périodes, et s'il n'en est rien, c'est que le sérum immunisé est incapable de neutraliser le virus. Or, puisqu'il neutralise la culture filtrée, c'est donc que la toxine et cette culture ne peuvent être identiques. Les choses s'expliquent et se comprennent mieux, si l'on admet avec nous que la culture filtrée ne contient qu'un ferment soluble capable de fabriquer la toxine après injection dans l'organisme, et que le sérum immunisé n'agit uniquement que par une action antifermentative.

M. Aubert. Si le sérum immunisé est manifestement préventif, c'est déjà un grand point d'obtenu et l'on doit s'empresser de l'injecter préventivement à tout blessé qui sera atteint d'une plaie souillée et suspecte de bacilles de Nicolaïer.

M. Courmont. L'opération n'aurait chance de réussir que si l'injection était faite au moment même de l'accident. Les expériences de préservation n'ont réussi qu'alors que le sérum était injecté mélangé à la culture ou presque immédiatement après l'injection de la culture filtrée.

L'un des secrétaires annuels, P.-J. Navarre.

REVUE DES LIVRES

Des résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, par M. E. Palet, élève à l'École du service de santé militaire. Thèse de Lyon, 1893.

De cette intéressante étude critique, dans laquelle l'auteur a dépouillé 136 observations connues de néphrectomies pratiquées pour tuberculose du rein, il a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Les résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale varient naturellement, suivant que la tuberculose est localisée au rein, ou qu'elle s'accompagne d'autres manifestations bacillaires.

II. — D'après nos relevés statistiques, la néphrectomie pour tuberculose rénale doit toujours être considérée comme une opération grave. Nous trouvons, en effet, qu'elle donne une mortalité opératoire de 27,8 °/₀.

33,5 °/₀ des cas mortels sont attribuables à des complications relevant de la bilatéralité de la lésion.

21,8 °/₀ sont dus au shock, qui a été plus particulièrement signalé après la néphrectemie par la voie abdominale. Aussi,

conseillons-nous exclusivement, avec la plupart des chirurgiens, et avec notre maître M. le professeur Poncet, la voie parapéritonéale que nous avons vu suivre à la clinique (Poncet, Jaboulay).

2 °/₀ environ à l'hémorrhagie.

2 °/₀ à la septicémie.

Enfin, 11 °/₀ des opérés ont succombé à la tuberculose généralisée dans la première année après l'opération.

III. — La néphrectomie secondaire, c'est-à-dire ayant succédé à la néphrotomie, est un peu moins grave ; ce qui nous paraît devoir être attribué à un diagnostic plus précis, relatif à l'état de l'autre rein.

IV. — La néphrectomie peut cependant procurer au malade une longue survie et la guérison être considérée comme définitive. D'après nos résultats, la guérison se maintient depuis :

Un an	dans	12	cas.
Deux ans.........	—	6	—
Trois ans	—	6	—
Quatre ans.......	—	7	—
Cinq ans.........	—	1	—
Six ans..........	—	3	—
Huit ans.........	—	2	—

V. — La guérison s'est opérée avec une fistule dans 17,5 °/₀ des cas. Cette fistule fut temporaire dans 17,7 °/₀ et définitive dans 5,8 °/₀. Dans ces dernières observations de fistule persistante, il s'agissait très probablement d'une urétérite tuberculeuse étendue. Nous sommes d'autant plus disposé à accepter cette complication post-opératoire, que les auteurs s'en étant peu préoccupés, en dehors de la communication faite au dernier Congrès de chirurgie par M. Tuffier, et de l'observation de M. Reynier, qui dut, après la néphrectomie, pratiquer une urétérectomie, nous ne voyons pas d'autre explication plus plausible.

Dans une observation inédite de M. le professeur Poncet, ce chirurgien a également enlevé la totalité de l'uretère droit chez une jeune fille que nous avons examinée, et à laquelle il avait pratiqué l'ablation du rein droit tuberculeux deux ans et demi auparavant.

VI. — La néphrectomie dans la tuberculose rénale a ses

indications d'autant plus nettes, que la lésion est localisée au rein et que l'opération est pratiquée à une date plus rapprochée du début.

Aide-mémoire de médecine hospitalière; anatomie, pathologie et petite chirurgie, par le professeur Paul LEFERT. Un vol. in-8 de 288 p., cartonné. Paris, J.-B. Baillière. — 3 fr.

L'accueil favorable qu'a rencontré, parmi les étudiants et les praticiens, la collection des « *Aide-mémoire* de Lefert », a engagé l'auteur à publier ce nouveau volume qui forme le complément naturel du *Manuel du doctorat en médecine.*

Sous le titre d'*Aide-mémoire de médecine hospitalière*, il a fait un guide pour l'étudiant qui commence son stage hospitalier.

Il a réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Son but a été de faciliter la tâche de l'élève; non seulement il lui donne sous une forme aussi synthétique que possible, la matière des questions qui sont données d'une façon courante et qu'il peut avoir à traiter, mais il a surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadé que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, il a dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de *schéma*, quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

S'efforcer, à propos de toute chose nouvelle, de trouver le lien qui la relie à celles que l'on connaît déjà, en quoi elle en diffère, en quoi elle s'y rattache, c'est là le vrai moyen d'augmenter ses connaissances. A ce travail, l'esprit s'assouplit, il s'assimile tout avec plus de facilité, il coordonne ses idées, il les expose avec clarté et netteté.

Ainsi comprise, la préparation du concours de l'Externat des hôpitaux sera vraiment fructueuse et les études médicales

se ressentiront heureusement de ce premier effort, qui est déjà un acheminement vers le concours si sérieux et beaucoup plus difficile de l'Internat.

REVUE DES JOURNAUX

L'éther devant la Réunion libre des chirurgiens de Berlin. — L'École de Lyon, qui a toujours conservé un faible pour la *narcose par l'éther*, peut triompher. Voici en effet qu'une citadelle, qui paraissait imprenable, se rend, se rend tout à fait; voici l'Allemagne qui a l'air de vouloir revenir à l'éther si longtemps dédaigné ! Ce n'est pas de l'exagération, mais un fait qui résulte très nettement de la discussion qui eut lieu à la dernière Réunion libre des chirurgiens de Berlin (séance du 13 novembre).

M. Tschmarke a pris la parole pour signaler les résultats qu'a donnés la narcose par l'éther à la clinique de Sonenburg.

La narcose par l'éther a pu être continuée longtemps, et dans certains cas on est arrivé à donner 350 et même 450 gr. d'éther. Sous l'influence de l'éther on voit même souvent le pouls se relever, devenir plus fort. Le cœur ne paraît à aucun moment menacé, de sorte que chez cinq cardiaques endormis par l'éther, on n'a pas eu la moindre alerte.

Deux fois seulement on a observé du collapsus passager *après* l'opération : chez une femme opérée d'une hernie étranglée, et chez un homme auquel on avait fait l'opération de l'empyème.

Ce qui est vrai, c'est que l'éther agit d'une façon très irritante sur la muqueuse bronchique. Il se fait une sécrétion abondante de mucosités qui s'accumulent dans les bronches. Les vomissements, par contre, ne surviennent pas pendant l'opération, mais s'observent quelquefois après.

Comparé au chloroforme, l'éther a l'inconvénient de produire un relâchement moindre du système musculaire, et ceci a une certaine importance quand il s'agit par exemple de la réduction d'une luxation. L'insuffisance de la résolution musculaire tient encore à ce qu'on ne donne pas assez d'éther.

Au réveil on observe quelquefois une sudation abondante,

mais jamais de vomissements si pénibles qu'on trouve après la narcose chloroformique. Il y a même des malades qui, quelques heures après l'opération, mangent de très bon appétit.

Un second partisan convaincu de l'éther est M. Landau.

Il a renoncé depuis trois an au chloroforme quand il a constaté que les individus au cœur gras meurent après la chloroformisation, moins du fait de l'opération que de celui du chloroforme. Actuellement il ne se sert plus que de l'éther, qu'il a employé chez 1.100 malades, même chez les bronchitiques qui paraissent supporter l'éther aussi bien que tout le monde. Le seul inconvénient de l'éther, c'est que la narcose met plus longtemps à venir. En revanche, sur ces 1.100 éthérés, M. Landau n'a observé qu'un seul cas de collapsus passager chez un individu auquel il faisait la néphrectomie.

Citons encore, parmi les partisans de l'éther : M. Cörte, qui vient avec une liste de 400 narcoses, en faisant toutefois des réserves pour l'emploi de l'éther chez les bronchitiques ; M. Rose, qui a renoncé au chloroforme à cause des vomissements qu'il provoque ; M. Olshausen, qui fait les mêmes réserves que M. Körte, puisque chez trois bronchitiques il fut obligé trois fois, à cause des phénomènes respiratoires, de renoncer à l'éther et de continuer l'opération avec le chloroforme, ce qui fait dire à M. Bardeleben que si le chloroforme menace le cœur, l'éther constitue un danger pour les poumons. (*La Tribune méd.*, 14 déc. 1893.)

De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus, par M. Oui. — L'auteur a observé depuis le 3 janvier dernier 12 cas d'albuminurie gravidique. Les enfants ont été très atteints par l'albuminurie maternelle, 8 ont succombé, 4 seulement ont vécu.

Sur les 8 décès infantiles, l'un est dû à une hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, un autre à une hémorrhagie méningée. Il reste donc 6 décès sur 12 cas, soit une proportion de 50 %. Dans ces 6 cas, il y avait 4 fois des foyers hémorrhagiques multiples intra-placentaires. Dans un seul, cette lésion faisait défaut.

Ces foyers hémorrhagiques se rencontrent fréquemment

dans l'albuminurie gravidique ; ils peuvent atteindre des proportions considérables, et M. Oui en cite une observation où les caillots adhérents au placenta avaient un poids aussi considérable que l'organe lui-même.

Une chose à remarquer, c'est la négligence des femmes atteintes d'albuminurie, qui n'ont consulté personne et qui, à l'exception d'une seule, n'ont pas été soumises au régime lacté.

Ce n'est donc pas seulement pour la mère, mais aussi pour l'enfant que le régime lacté a une utilité considérable, et ce qui le prouve incontestablement, c'est que, dans la statistique récente de Bridier portant sur 250 cas d'albuminurie, la mortalité infantile est de 20 %, le plus grand nombre des femmes ayant été traitées ; ce qui constitue une différence importante avec le total des faits rapportés par M. Oui, où le régime lacté avait été, comme on l'a vu plus haut, fort peu appliqué.

Quant à provoquer l'accouchement prématuré avant la mort du fœtus, c'est une conduite à discuter ; mais l'intervention peut être indiquée quand le régime lacté, continué un certain temps, n'amène pas une atténuation sensible de l'albuminurie.

Régime lacté absolu et, si la diminution de l'albuminurie ne se produit pas, accouchement prématuré provoqué, voilà la conduite à tenir. (*Revue générale de médecine et d'obstétrique*, 6 décembre 1893.)

Cataplasme buccal, par le docteur HUGENSCHMIDT. — Une figue cuite dans l'eau boriquée, puis coupée en deux et saupoudrée sur chaque surface de section d'acide borique porphyrisé, est un excellent cataplasme buccal, le seul vraiment pratique, que l'on puisse appliquer sur la région alvéolaire enflammée, le plus près possible du sommet de la racine de la dent. Ce moyen bien simple provoquera certainement l'ouverture de l'abcès dans la cavité buccale. Si l'abcès est déjà très avancé et menace de s'ouvrir à l'extérieur, en même temps que des figues très chaudes seront appliquées dans la cavité buccale, on appliquera sur la joue, au niveau de l'abcès, des compresses d'eau glacée, ou mieux, une vessie de glace. De cette façon, on a toute chance d'éviter l'incon-

vénient de cicatrices difformes. (*Gazette médicale de Liège*, 11 déc. 1893.)

Du traitement de la colite muco membraneuse. — Guidé par les bons effets des ingestions de bismuth dans les blennorrhées urétrales, M. Revilliod a eu l'idée de combattre de même cette sorte de blennorrhée intestinale. Il s'agissait donc de saupoudrer de bismuth la vaste surface muqueuse du gros intestin. Dans ce but on prescrira un lavement composé de :

Mucilage de pépins de coing. . .	500	grammes
Sous-nitrate de bismuth.	10	—
Salicylate de bismuth.	10	—

L'intestin est préalablement nettoyé par un lavement évacuant, avec huile de ricin ou ipéca ; au besoin par un second lavement boriqué. Puis le lavement au bismuth est administré. Le malade, couché horizontalement sur le dos, le siège un peu relevé, est prié de garder ce lavement vingt-quatre heures si possible ; sinon, on en injecte une quantité moindre.

Il faut remarquer que le bismuth n'est généralement pas rendu dans les selles qui suivent. Ce n'est que plusieurs jours après qu'on le voit revenir sous forme de blocs terreux plus ou moins agglomérés, avec une selle dans laquelle on ne retrouve plus trace de mucosités. On peut avoir l'heureuse surprise de constater, dès le premier lavement, la guérison d'une colite qui durait depuis plusieurs mois ; au besoin on peut renouveler ce traitement, aussitôt le bismuth évacué, sans autre inconvénient qu'une constipation facile à vaincre.

Ce traitement a également réussi dans des dysenteries chroniques et d'autres cas dans lesquels on peut supposer l'existence d'ulcérations de diverse nature du gros intestin. (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1er nov. 1893.)

Moyen de rendre l'huile de ricin agréable à prendre. — Une préparation agréable d'huile de ricin est celle que l'on obtient en secouant vivement dans une bouteille un mélange de lait tiède et d'huile. Cette émulsion ne possède ni le goût, ni l'odeur de l'huile de ricin. (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1er nov. 1893.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LES MÉDECINS EXPERTS DEVANT LES TRIBUNAUX ET LES HONORAIRES DES MÉDECINS D'APRÈS LE DÉCRET DU 21 NOVEMBRE 1893.

Fin. — (Voir le n° 51.)

Les mémoires de vacations fournis par les médecins sont soumis à un contrôle minutieux. La Chancellerie n'accepte pas toujours le nombre de vacations demandé et taxe les médecins trop exigeants. Dans ce cas vous êtes obligés de rembourser au trésor l'excédent que vous avez touché.

Les art. 5 et 6 se rapportent aux fournitures qu'ont nécessitées les expertises. Le médecin, pour rentrer dans ses frais, devra fournir en double expédition, dont une sur papier timbré, si la note dépasse dix francs, la note du pharmacien ou du fournisseur de drogues, substances, instruments, etc.

Dans les art. 7 et 8, nous relevons des modifications sérieuses relativement aux indemnités de déplacement. Elles étaient évaluées dans l'ancien décret par myriamètres parcourus tant à l'aller qu'au retour, dès que l'expert s'éloignait à deux kilomètres de sa résidence. Quant aux frais de séjour, ils n'étaient alloués aux médecins que lorsque celui-ci était « arrêté en route par un cas de force majeure », et encore différaient-ils suivant que l'expert habitait Paris, une ville au-dessus de 40,000 habitants ou la campagne. Les fameuses classes dont nous avons parlé au sujet des vacations venaient créer, là encore, cette inégalité inexplicable entre le médecin des villes et le médecin de campagne.

Rappellerai-je ici, pour donner un exemple de l'insuffisance de ces tarifs, ces notes d'honoraires si souvent publiées par les médecins et où on voyait souvent, en comparant les recettes et les dépenses, celles-ci l'emporter sur les premières.

J'ai été moi-même plusieurs fois victime de ce tarif désastreux. Je fus cité un jour pour aller déposer à la cour d'assises de Grenoble (affaire T..., empoisonnement par le chlorate de potasse); les débats durèrent trois jours. Il me fut alloué la somme de 80 francs. Mes dépenses s'élevèrent à

78 fr. 50, soit une différence, à mon *avantage*, de 1 fr. 50 pour trois journées d'absence.

Le décret de 1811 ne s'appliquait pas seulement aux médecins, mais encore à bon nombre d'autres personnes pour lesquelles d'ailleurs il restera encore la règle. Les médecins figuraient dans la première classe avec les chirurgiens, experts, interprètes et jurés. Dans la seconde se trouvent les sages-femmes, témoins, gardes-champêtres, huissiers. C'est dire que d'assez nombreuses catégories « d'individus dénommés ci-dessus » vont encore bénéficier (si j'ose m'exprimer ainsi) des avantages de ce fameux décret.

Cet état de choses, en ce qui concerne le médecin légiste, demandait à être complètement modifié. Dans le rapport rédigé par l'Association des médecins du Rhône sur ce sujet, nous proposions « que l'expert reçoive une allocation convenable et identique pour l'indemniser de toutes les absences que lui imposera le service de la justice », et nous présentions un tarif qui a paru beaucoup trop élevé. Sans doute si l'on ne veut voir que les dépenses effectuées, il est très juste de donner à un médecin, comme le mentionne le présent décret, 0,20 cent. par kilomètre parcourus en chemin de fer, tant à l'aller qu'au retour et 0, 40 centimes pour les trajets effectués en voiture, mais si l'on considère que le médecin délaisse sa clientèle, abandonne son cabinet pendant un ou plusieurs jours pour le service de la justice, il paraît naturel de l'indemniser des pertes subies par des indemnités de séjour et de déplacement un peu élevées.

L'Association des médecins du Rhône, dans son rapport, n'avait pas cru être trop exigeante en demandant 1 fr. par kilomètre parcouru en chemin de fer ou en voiture et tant à l'aller qu'au retour. Si nos vœux n'ont pas été écoutés sur ce point, il n'en pas été de même en ce qui concerne l'indemnité de séjour qui a été fixée à 10 fr. comme dans le tarif que nous avons proposé, au lieu des 2 fr. qui étaient alloués autrefois.

Disons enfin que lorsqu'un médecin est appelé à déposer devant un magistrat instructeur, à la correctionnelle ou à la cour d'assises, il lui est dorénavant attribué une vacation de 5 francs. Une circulaire du 7 décembre 1861 avait décidé que

MOIS
d
M

Dus à M. ……
à …… **canton d** ……
arrondt. d …… **pendant l** ……

Nos D'ORDRE	DATES des OPÉRATIONS	ESPÈCE DES CRIMES OU DÉLITS	AUTORITÉS qui ont requis les visites et opérations	NATURE DES OPÉRATIONS	NOMBRE DE Visites	Opérations	Autopsies	Vacations	Dépositions	Kilomètres parcourus	Jours de séjour

RECAPITULATION

RÉCAPITULATION	NOMBRE	PRIX	MONTANT	ARTICLES du Règlement	TAXE du JUGE	OBSERVATIONS
Visites		8		4		
Opérations		10		4		
Autopsie — avant inhumation — adulte		25		4		
Autopsie — avant inhumation — nouv.-né		15				
Autopsie — après exhumation — adulte		35				
Autopsie — après exhumation — nouv.-né		25				
Vacations		5		4		
Déposition		5		9		
Kilomètres parcourus		0.20 / 0 40		7		
Jours de séjour		10		8, 9		
Fournitures de drogues employées pour l'expertise suivant la note ci-jointe				5		
TOTAUX						

Je soussigné .... certifie véritable le présent Mémoire pour la somme de ....

A .... le 18

RÉQUISITOIRE

NOUS, ...

....

Vu les articles 4, 5, 7, 8, 9 du décret du 21 novembre 1893, et les pièces jointes au présent Mémoire, requérons, conformément à l'article 140 du règlement du 18 juin 1811, qu'il soit délivré exécutoire par .... sur la caisse de l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines, pour le paiement de la somme de ....

A .... le 18

EXÉCUTOIRE

NOUS, ...

....

Vu le réquisitoire ci-dessus et les pièces jointes au présent Mémoire,

Avons arrêté et rendu exécutoire ledit Mémoire pour la somme de ....

....

montant de la taxe que nous en avons faite, et attendu qu'il n'y a pas de partie civile en cause, Ordonnons que cette somme sera payée au sieur .... par le Receveur de l'Enregistrement au bureau d........

A .... le 18

les médecins et experts, appelés devant les cours et tribunaux, seraient taxés par vacation. Mais quand ils comparaissaient devant le juge d'instruction, l'article 25 du décret de 1811 était appliqué et on les taxait, s'ils le demandaient, comme témoins. Dorénavant il n'en sera plus ainsi.

Nous résumons dans le tableau précédent qui représente un modèle de mémoire d'après le tarif des honoraires et frais d'indemnité et de transports, tel qu'il a été fixé par le décret du 21 novembre 1893. C'est une reproduction du mémoire de vacations que les médecins experts auront à fournir au juge d'instruction.

En résumé, sous la pression de l'opinion publique et des embarras occasionnés par de retentissantes affaires comme celles de Rodez, le Parlement et les pouvoirs publics ont apporté une amélioration réelle aux salaires des médecins experts.

Au point de vue pécuniaire, nous pouvons momentanément nous déclarer satisfaits. Ce n'était pas d'ailleurs le côté de la question qui tenait le plus au cœur des médecins. Ce que nous voulons surtout, c'est, pour le bon fonctionnement de la justice, le recrutement d'auxiliaires dévoués et compétents, entraînés par des études spéciales et au courant des procédés de recherches scientifiques. Pour la pratique médico-légale, l'obligation imposée de dispositions ou de règles à suivre dans la visite, l'autopsie ou la rédaction des rapports.

A notre époque, l'enseignement pratique de la médecine légale est assuré dans les Facultés de médecine. Quelques-unes même possèdent des laboratoires où les travailleurs trouvent réunis de nombreux matériaux d'études. Il est regrettable que leur existence soit ignorée en hauts lieux et que dans l'élaboration du nouveau décret on n'ait pas su mettre en œuvre les efforts et les bonnes volontés du corps médical.

A. Lacassagne.

VARIÉTÉS

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 19 décembre 1893). — A l'occasion de la communication de M. G. Roux, M. H. Mollière rappelle qu'atteint depuis de longues années de l'asthme des foins, les

inhalations seules d'eau de Cologne lui procurent un grand soulagement, sinon la guérison.

— M. Auguste Pollosson présente un malade entré à l'hôpital avec une fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure du fémur dont les fragments étaient séparés par du tissu musculaire, d'où l'impossibilité d'amener la coaptation. Il se décida pour une intervention immédiate, réséqua les fragments, obtint une coaptation facile et appliqua un appareil plâtré. 35 à 40 jours plus tard la consolidation était complète. Le résultat est des plus satisfaisants.

— M. Dumarest, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société un sarcome primitif de la plèvre et du poumon d'un volume considérable (3600 gr.)

— M. le docteur Destot inocule à des lapins de la matière tuberculeuse. Les uns sont abandonnés à eux-mêmes, les autres sont nourris avec des aliments mêlés à une préparation de plomb. Ceux-là sont tous morts de tuberculose, ceux ci sont restés indemnes jusqu'à ce jour, et l'inoculation remonte au 23 mai 1893. Au lieu d'avoir comme la goutte ordinaire une action retardante sur l'évolution de la tuberculose, la goutte artificielle provoquée par le plomb en préviendrait l'éclosion.

— M. Roux, interne des hôpitaux, présente un ostéosarcome du fémur avec localisations pulmonaires dont l'évolution a été très rapide (trois semaines) et dont les douleurs intolérables n'ont été calmées que par une incision exploratrice.

— M. Guinard revient sur quelques points de la communication qu'il a faite sur le diaphtol, et met sous les yeux de la Société un lapin *diaphtolé* dans un bon état de conservation, bien que la mort remonte à un mois. Le diaphtol est donc un excellent antiseptique.

SYNDICAT DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE.

L'Assemblée générale du Syndicat de l'Association des médecins du Rhône a eu lieu le 2 décembre, au palais Saint-Pierre, à 4 h. 1/2.

1° Allocution de M. Fochier, président ;

2° Situation financière, par M. Savy, trésorier ;

3° L'élection des membres du Bureau et des assesseurs donne les résultats suivants pour l'année 1893-1894 :

MM. RENAUT . . . . Président.
BIROT . . . . . Vice-Président.
Léon BLANC. . Secrétaire général.
SAVY. . . . . . Trésorier.

MM. BINEAU, CARRY, CHANDELUX, MARDUEL, ODIN, assesseurs.

M. FOCHIER est nommé par acclamation vice-président honoraire.

Plusieurs questions importantes concernant le Syndicat ayant été soulevées par divers membres, il est décidé que leur solution se fera, après étude par la Commission administrative, dans une assemblée générale extraordinaire, qui est fixée au vendredi 22 décembre.

Le Syndicat possède l'existence légale depuis le 1er décembre 1893.

SERVICE DÉPARTEMENTAL DES VACCINATIONS GRATUITES. — La Commission permanente de vaccine du département du Rhône donne avis que le poste de médecin vaccinateur de la deuxième circonscription du canton de Belleville est actuellement vacant. Cette circonscription comprend les communes de Saint-Georges-de-Reneins, Odenas, Saint-Étienne-la-Varenne, Charentay et Saint-Étiennes-les-Oullières. Les candidats devront adresser leur demande avant le 3 janvier 1894 à M. le docteur Bard, secrétaire général de la Commission, rue de la République, 30, Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — A l'occasion du Jour de l'An, les cours et les examens sont suspendus à la Faculté de médecine du mardi 26 décembre 1893 au mardi 2 janvier 1894. — Durant cette période la bibliothèque universitaire sera fermée.

— Par décret du président de la République française, M. Maurice Pollosson, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire. — Nous présentons nos bien sincères félicitations au nouveau professeur.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine de Paris a tenu la semaine dernière sa séance annuelle, sous la présidence de M. Laboulbène.

Après la lecture par M. le secrétaire annuel M. Cadet de Gassicourt, des prix décernés, M. Alph. Guérin a prononcé l'éloge du professeur U. Trélat.

Nous donnons les récompenses obtenues par les médecins de notre région :

Sur le prix de l'Académie, M. le docteur Jean Fabre a obtenu un encouragement de 150 fr. La question était : « Des origines et des modes de transmission des cancers. »

Dans le service des eaux minérales, M. Forestier (d'Aix-les Bains) a obtenu une médaille d'argent ; MM. Chauvet (de Royat), Delastre (de Brides-les-Bains), Mabboux (de Contrexéville), un rappel de médaille d'argent ; M. Françon (d'Aix-les-Bains) une médaille de bronze.

Pour le service des épidémies, M. Fiessinger (d'Oyonnax) a obtenu un rappel de médaille d'argent pour divers mémoires de pathologie et d'épidémiologie.

Pour le service de l'hygiène de l'enfance, M. Convers (de Saint-Etienne) a reçu une médaille de bronze pour un travail sur la protection de l'enfance.

INSTITUT ANTIRABIQUE A MARSEILLE. — Il y a quinze jours a eu lieu au château de Pharo, à Marseille, l'inauguration de l'Institut antirabique, le premier établissement de ce genre établi en France en dehors de celui de Paris.

Le directeur de l'Institut est M. le docteur Livon. Le docteur Azaïs a été nommé chef de laboratoire.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Décembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombée	évap	
10	743	0 m	741	3 s	+ 3.3	3 s	— 3.2	4 m	100	94	0.0	glac.	24
11	745	12 s	736	3 s	+13.2	5 s	— 1.2	3 m	89	68	0.0	—	22
12	747	10 m	745	12 s	+ 8.2	1 s	+ 1.6	7 m	97	62	4.0	—	18
13	746	11 m	744	12 s	+11.8	12 m	— 1.4	0 m	100	53	1.2	—	28
14	753	12 s	744	0 m	+12.0	2 s	+ 6.8	0 m	83	64	0.7	—	30
15	763	12 s	753	0 m	+10.7	1 s	+ 2.1	6 m	97	74	1.8	—	27
16	763	0 m	759	12 s	+ 6.8	12 m	+ 4.9	8 m	96	70	0.0	—	22

Maladies régnantes. — Il a été enregistré pendant la 50e semaine de 1893, 171 décès au lieu de 192 survenus la semaine précédente et 165 pour la période correspondante de 1892.

Les affections des organes thoraciques sont de beaucoup les plus fréquentes ; elles entrent pour la moitié dans le chiffre total des décès.

Les bronchites aiguës, les broncho-pneumonies et les fluxions de poitrine continuent à être nombreuses ; à titre d'affections secondaires, elles aggravent l'état des tuberculeux et surtout des cardiopathiques.

La diphtérie un instant assoupie se révèle par des cas exclusivement observés dans le 3e arrondissement, exception faite pour un malade venu à l'hospice de la Charité d'un département voisin.

Toujours des fièvres typhoïdes et des cas isolés de rougeole, de scarlatine, de coqueluche et de varicelle.

Des fièvres puerpérales dans la partie nord du 5e arrondissement.

Les maladies cérébro spinales sont moins fréquentes que la semaine dernière.

Sur les 171 décès hebdomadaires (115 en ville, 56 dans les hôpitaux civils), 36 ont été constatés chez des personnes ayant dépassé 70 ans, et 16 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Mortalité de Lyon (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 16 décembre 1893, on a constaté 171 décès :

Fièvre typhoïde....	2	Catarrhe pulmonaire	9	Affections du cœur.	22
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	13	— des reins....	3
Rougeole..........	1	Pneumonie........	11	— cancéreuses.	10
Scarlatine..	1	Pleurésie..........	1	— chirurgicales	5
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	18	Débilité congénitale	3
Diphtérie-croup...	7	Autres tuberculoses.	5	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	1	Méningite aiguë ...	2	Aut. causes de décès	23
Affect. puerpérales	2	Mal. cérébro-spinales	16		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	6	Naissances.......	172
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés	10
Bronchite aiguë...	6	Cirrhose du foie....	2	Décès	171

Le Président du Comité de rédaction, — *Le Gérant,*

H. MOLLIÈRE. — **J. ICARD.**

Lyon, Association typographique. — F. Plan, rue de la Barre, 12.

ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE DANS LE CANCER DU TESTICULE ;

Par M. le professeur A. Poncet.

Communication faite à la Société de médecine de Lyon, dans la séance du 4 décembre.

Pendant le premier trimestre de 1893, j'ai reçu dans mon service de l'Hôtel-Dieu deux malades porteurs d'une tumeur maligne du testicule, qui s'était accompagnée dans les deux cas, d'une adénite sus-claviculaire gauche de même nature. Cette infection ganglionnaire à distance, sans lien apparent avec la néoplasie primitive, peut paraître de prime abord bizarre, il n'en existe pas moins, comme nous le verrons, une relation de cause à effet entre ces deux lésions pathologiques si éloignées l'une de l'autre.

Dans une leçon clinique que je fis au mois d'avril dernier, je n'hésitai pas à les rattacher entre elles et à indiquer l'intérêt d'une semblable constatation, soit au point de vue de la pathogénie de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer du testicule, soit au point du pronostic et du traitement de la lésion initiale.

L'important mémoire de M. Troisier (1) avait facilité mon diagnostic, mais je ne connaissais aucun fait semblable d'adénite sus-claviculaire symptomatique d'un cancer du testicule. Depuis lors, dans un nouveau mémoire, M. Troisier qui a attaché son nom à l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen (2), a rapporté une observation du même ordre que lui avait envoyée M. le Dr Godin (des Andelys). Je citerai encore comme ayant trait à la même question : *Adénopathie sus-claviculaire et cancers abdominaux,* un intéressant mémoire de Spinelli (*Rivista clinica e terapeutica*, août 1893, et *Gazette hebdomadaire*, n° 47, 25 novembre 1893). L'auteur rapporte 4 observations personnelles

(1) Troisier : Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. (*Arch. méd.*, 1889.)
(2) Troisier, *ibid.*, 1893.

d'adénopathie sus-claviculaire dans le cours de cancers abdominaux et pelviens (vagin, rectum, col de l'utérus) et résume 30 observations déjà connues, mais il n'est pas question des tumeurs du testicule.

Le fait de M. le médecin-major Godin et les deux observations que je vais vous communiquer, sont les seuls trois cas connus. Mes recherches à ce sujet, dans la littérature chirurgicale sont restées infructueuses, et je suis d'autant plus porté à croire que d'autres cas semblables n'ont pas été publiés, qu'un de mes élèves M. Lesnes, qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse, n'en a pas rencontré d'autres.

Élève distingué de l'École du service de santé militaire, M. Lesnes a consacré à l'adénopathie sus-claviculaire, dans le cancer du testicule, une étude fort intéressante. (Thèse de Lyon, décembre 1893). Je lui emprunterai le mécanisme et la pathogénie de l'adénite sus-claviculaire.

Voici d'abord les deux observations recueillies dans mon service, je les place par rang de date.

Le premier de ces malades avait été envoyé à la clinique chirurgicale par mon éminent collègue le professeur Lépine.

Observation I. — *Adénopathie sus-claviculaire gauche de nature chondro-sarcomateuse. — Polyadénite du volume d'une moitié d'orange. — Chondro-sarcome du testicule droit. — Mort de généralisation cancéreuse.*

F. L..., âgé de 37 ans, exerçant la profession d'employé de commerce, est entré à la clinique (salle Saint-Philippe n° 3) le 11 février 1893.

Le père de ce malade aurait succombé à une attaque d'apoplexie, sa mère serait morte d'une affection thoracique aiguë.

Il y a une huitaine de mois cet homme, qui jusqu'alors s'était bien porté, s'aperçut d'une légère tuméfaction du testicule droit.

Ce gonflement indolent, apparu sans cause appréciable, s'accrut d'abord progressivement. Depuis le mois de janvier, l'accroisement a été notablement plus marqué. Dans les derniers mois de 1892, le malade aurait eu quelques petites hémoptysies. Enfin au mois de janvier 1893 serait survenue

une pleurésie droite qui guérit sans ponctions, dans le service de M. le professeur Lépine. Mais c'est au commencement de décembre 1892, c'est-à-dire deux mois et demi avant son entrée dans le service de la clinique chirurgicale, qu'il s'aperçut, au niveau de la région claviculaire gauche, d'une petite tumeur, du volume d'un gros pois qui ne provoquait aucune douleur et qui déjà roulait difficilement sous la peau. Cette tumeur s'est également développée insensiblement pour atteindre le volume d'une orange aplatie, et depuis une quinzaine de jours elle serait stationnaire.

L'examen du malade révèle les particularités suivantes. C'est un homme un peu amaigri mais d'assez bonne apparence. La tumeur scrotale ressemble à première vue à une grosse hydrocèle d'une contenance au moins de 7 à 800 grammes de liquide. Elle a la forme d'une gourde, bilobée, elle paraît nettement constituée par deux masses de consistance différente. L'une, située en avant, est molle, fluctuante, l'autre est uniformément dure.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un néoplasme avec hydrocèle symptomatique.

L'exploration méthodique de la fosse iliaque correspondante, de la région inguino-crurale, ne permet pas de constater l'existence de masses ganglionnaires.

Quant à la tumeur sus-claviculaire gauche, qui aurait été ponctionnée deux fois dans le service de M. Lépine à un mois de distance, et alors que la ponction n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de sang, elle est allongée transversalement, parallèlement à la clavicule. Elle n'est pas douloureuse au toucher et donne, dans la plus grande partie de sa masse, la sensation de fluctuation.

La peau qui la recouvre a une teinte légèrement rosée. Elle paraît en être indépendante. A première vue on croirait se trouver en présence d'un adéno-phlegmon infectieux de la région sus-claviculaire.

Nulle part, dans d'autres régions, on ne trouve de ganglions.

A l'examen de la poitrine, sonorité un peu diminuée du côté gauche, quelques râles sous-crépitants après la toux.

19 février 1893. — Castration droite. Tentatives d'ablation de la tumeur sus-claviculaire.

On note dans le néoplasme enlevé une poche vaginale contenant 180 à 200 grammes d'un liquide séro-hématique (hydro-hématocèle) de coloration rosée n'empêchant pas la translucidité.

Testicule et épididyme sont complètement transformés en une masse sarcomateuse avec noyau de même nature du côté du cordon. A la coupe, malgré cette transformation, on distingue très nettement l'épididyme du testicule. La masse épididymaire est molle, un peu diffluente. La masse testiculaire est plus dure, résistante à la pression. Au centre, petits points jaunâtres, d'apparence caséeuse. Il ne reste aucun vestige de tissu sain. La tumeur a le volume d'une orange, elle n'a pas franchi l'albugine.

Une incision parallèle à la clavicule gauche conduit sur la tumeur sus-claviculaire, qui est située au-dessous de l'aponévrose cervicale.

Elle est constituée par un tissu mou, vasculaire, manifestement encéphaloïde qui se détache facilement sous le doigt, on le dirait encapsulé. On enlève en même temps, *deux ganglions du volume d'une amande* présentant à la coupe les mêmes caractères que la tumeur voisine.

Les suites de ces deux interventions sanglantes furent d'abord simples, mais dès le sixième jour, sans que rien du côté des plaies qui se réunissaient par première intention, justifiât l'élévation de la température, le thermomètre montait à 39°,2. En même temps que la température s'élevait et s'abaissait d'une façon insolite, pour donner lieu à une courbe irrégulière qui ne répondait à aucune infection déterminée, le malade perdait ses forces et se cachectisait rapidement.

Dès les premiers jours, il devenait évident que le malade était atteint d'une généralisation cancéreuse à marche aiguë. Il mourait le 11 mars, vingt jours après l'opération, avec une température de 40°,5.

L'autopsie a été faite par mon chef de laboratoire, M. le docteur Dor, assisté de M. Collet, interne du service.

Il m'ont remis la note suivante :

Autopsie. A l'ouverture de la cage thoracique, épanchement pleural sanguinolent à droite. Quelques adhérences à gauche. Les deux poumons présentent un grand nombre de

noyaux de généralisation dont les plus gros ont au moins le volume d'un abricot. A la coupe on trouve une consistance de matière cérébrale ramollie. Tous les ganglions du hile sont pris et constituent une série de noyaux dont le dernier est en communication avec les ganglions sus-claviculaires gauches. Celui qui a été enlevé était le dernier de la chaîne.

Il y existe encore des noyaux de généralisation derrière la plèvre qui est soulevée par des masses arrondies du volume d'une noix.

Du côté de l'abdomen il existe au-devant de la colonne vertébrale et dans la fosse iliaque droite une énorme masse pesant plus de 2 kilog. constituée par du sarcome généralisé dans les ganglions iliaques et mésentériques.

Dans cette masse le tissu néoplasique est un peu plus compact. A la coupe on voit nettement qu'il s'agit de cartilage embryonnaire. Au toucher on sent un tissu grumeleux.

Les reins sont volumineux (G = 210 gr. D = 250 gr.), mous, blanchâtres. Compression de l'uretère droit, distension du bassinet. Rate grosse, diffluente sans noyaux secondaires.

A l'examen microscopique : chondrome embryonnaire ou chondro-sarcome.

Observation II. — *Tumeur maligne ganglionnaire de la région sus-claviculaire gauche. — Polyadénite sarcomateuse des dimensions d'une mandarine aplatie, survenue 14 mois après l'ablation du testicule gauche atteint de sarcome globo-cellulaire.*

C. C..., employé de commerce, âgé de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de la clinique chirurgicale (salle Saint-Philippe, n° 18), le 20 avril 1893.

Ce jeune homme, indemne de tout antécédent héréditaire, s'est bien porté jusqu'à l'âge de neuf ans.

A cette époque, il fut atteint d'une synovite fongueuse du genou droit qui, après quatre ans de révulsion et d'immobilisation, guérit par ankylose.

Au mois de novembre 1891, il entrait à la clinique pour une tumeur du testicule droit dont le début remontait à quelques semaines.

On porta le diagnostic de néoplasme malin et la castration fut pratiquée quelques jours après, le 27 novembre. L'examen histologique confirma ce diagnostic. Voici la note qui m'a été remise à ce sujet par M. le docteur L. Dor :

Examen histologique de la tumeur du testicule enlevée le 27 mars 1891. — « Les coupes ont porté sur une portion de la tumeur où l'évolution paraissait la plus active et où il n'y avait ni ramollissement, ni hémorrhagie.

On constate que, dans toute l'étendue de la coupe, il n'existe pas d'autres éléments que des cellules rondes, volumineuses, pourvues de gros noyaux nucléolés. Certaines de ces cellules contiennent 3 et même 4 noyaux. Le protoplasma ne se colore absolument pas par le carmin. Les vaisseaux sont très abondants, mais ils n'ont pas toutes les tuniques qui constituent un vaisseau normal, ce sont des vaisseaux embryonnaires. Il s'agit d'une tumeur maligne, d'un *sarcome globo-cellulaire* ou peut-être *d'un chondrome fœtal.* »

Jusqu'au mois de janvier 1893, C. C... s'est bien porté ; il se considérait depuis longtemps comme complètement guéri, lorsqu'il commença à éprouver quelques douleurs dans les reins. Ces douleurs se sont accrues au point de l'empêcher de dormir, en même temps l'état général était moins bon. Il dit avoir, depuis un mois, perdu l'appétit, et depuis quinze jours surtout, beaucoup maigri.

A peu près à la même époque que les douleurs lombaires, survenait immédiatement au-dessus de la clavicule gauche un ganglion d'abord indolent, très mobile, du volume d'une noisette. Ce ganglion s'est accru progressivement, en même temps il perdait de sa mobilité et devenait douloureux à la pression. Depuis vingt-quatre heures la tuméfaction sus-claviculaire aurait doublé de volume, à la suite des nombreuses explorations qui ont été faites dans le service.

L'examen de la région sus-claviculaire ne laisse aucun doute sur la nature de ce gonflement. La consistance, la dureté de la tumeur, ses adhérences profondes et cutanées, etc., permettent d'affirmer une néoplasie maligne d'autant plus intéressante à constater qu'un examen attentif ne révèle des ganglions dans aucune autre région. C'est ainsi que l'exploration de la région inguino-crurale gauche, de la fosse iliaque correspondante au testicule enlevé reste néga-

tive. A la percussion, à l'auscultation on ne trouve également aucun signe de lésions pulmonaires.

Ce jeune homme, chez lequel toute intervention chirurgicale était contre-indiquée, quitta le service trois jours après son entrée, le 23 avril. D'après les renseignements qui m'ont été communiqués par son médecin, le docteur Martel (de Belleville), il est mort le 2 juillet 1893, très probablement de généralisation.

En résumé :

Dans le premier cas : *Chondro-sarcome des plus malins du testicule droit, remontant à une huitaine de mois chez un homme de* 37 *ans. Cinq à six mois après, sans autre manifestation néoplasique appréciable, en dehors de quelques accidents pleuro-pulmonaires mal définis, adénopathie sus-claviculaire gauche de même nature. Mort de généralisation trois mois et demi après l'apparition de l'adénite sus-claviculaire.*

Dans le deuxième cas : *Sarcome globo-cellulaire du testicule gauche chez un jeune homme de* 18 *ans ; adénite sarcomateuse sus-claviculaire gauche apparaissant sans aucune autre manifestation néoplasique, quatorze mois après l'ablation du testicule malade. Mort de généralisation quatre mois et demi après l'apparition de l'adénite sus-claviculaire.*

Ainsi qu'on peut en juger par ces deux observations, il existe une corrélation entre le néoplasme du testicule et l'adénopathie sus-claviculaire gauche; mais quel est le mécanisme, la pathogénie de cette adénite, qui semble se montrer avant tout autre signe de généralisation et qui est la première manifestation apparente d'infection ganglionnaire?

Un premier point doit être mis en relief: *c'est l'existence constante de l'adénite à gauche, quel que soit le testicule atteint par le néoplasme.* Ce fait laisse supposer un mode de propagation unique pour les deux côtés.

Ce mode de transmission a certainement lieu par le canal thoracique servant de trait d'union entre les lymphatiques testiculaires et les ganglions sus-claviculaires gauches (1).

(1) Troisier, *loco cit.*

Charriées par la lymphe, des cellules cancéreuses, véritables embolies émigrent au loin et vont infecter des ganglions éloignés.

Je laisse de côté la disposition bien connue des lymphatiques du testicule et du canal thoracique pour rappeler simplement que ce dernier, au voisinage de sa terminaison, s'infléchit en arcade, en parcourant un demi-cercle autour de la veine jugulaire interne, dans laquelle il se jette à son confluent avec la veine sous-clavière gauche. C'est à ce niveau que le canal thoracique reçoit les lymphatiques afférents des ganglions sus-claviculaires. Il existe donc dans cette région, de par la coudure du canal thoracique, une certaine gêne au cours de la lymphe, et il ne paraît pas douteux qu'il puisse s'y produire un reflux de ce liquide capable de forcer l'entrée des vaisseaux lymphatiques afférents. Souvent, en effet, la valvule de forme variable qui existe à l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière est insuffisante, et lors de l'expiration, le sang veineux peut refluer dans le canal, tout au moins refouler la colonne liquide qui s'y trouve et dont la migration est empêchée par d'autres valvules sous-jacentes. Dans les efforts, dans les phénomènes physiologiques habituels : expiration, rire, etc., le remous se produit et la pression peut être suffisante pour triompher de la résistance valvulaire des lymphatiques afférents qui ramènent la lymphe des ganglions sus-claviculaires.

M. Lesnes dans sa thèse établit le bien fondé de cette manière de voir, en s'appuyant sur des recherches anatomiques et physiologiques, auxquelles, désireux de rester sur le terrain clinique, je ne puis que renvoyer.

L'extension du néoplasme aux ganglions sus-claviculaires par continuité d'une lymphangite cancéreuse du canal thoracique n'est guère admissible. Cette lymphangite a, du reste, été très exceptionnellement constatée dans des généralisations de cancers abdominaux. M. Lesnes n'a pu en réunir que trois cas.

C'est donc le mécanisme de l'embole cancéreux, cheminant dans le canal thoracique pour s'arrêter dans une région où le cours de la lymphe est ralenti, modifié, qui paraît le plus vraisemblable.

Cette fixation à distance d'éléments cancéreux, infectant les ganglions sus-claviculaires gauches, répond d'autant mieux à la réalité des faits qu'il ne saurait être, dans ces cas, question de contamination des ganglions de proche en proche, et que l'adénite ne pouvait être attribuée à une généralisation cancéreuse pleuro-pulmonaire dont les signes faisaient défaut.

En m'appuyant sur les observations que je viens de relater, je crois devoir présenter les considérations suivantes :

Le cancer du testicule peut s'accompagner d'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Cette adénite à distance, qui n'avait pas été signalée jusqu'ici, sera parfois la seule manifestation apparente d'une infection ganglionnaire d'origine testiculaire. Elle se présente à une époque plus ou moins éloignée du début de la tumeur primitive. Ses caractères sont variables suivant son ancienneté, suivant la malignité du néoplasme, etc., d'où la forme de *polyadénite sus-claviculaire diffuse*, que nous avons observée. Elle s'explique par la migration dans le canal thoracique de cellules cancéreuses. Leur localisation, leur greffage dans les ganglions sus-claviculaires gauches, paraît devoir être attribué dans certains mouvements physiologiques et autres au reflux de la lymphe dans les vaisseaux afférents de ces ganglions.

L'anatomie, la physiologie pathologique rendent compte de cette propagation rétrograde des tumeurs du testicule (1).

Dans les néoplasmes de cette organe, on devra dorénavant explorer avec soin le creux sus-claviculaire gauche.

Dans cette région on trouvera des éléments nouveaux de pronostic et certainement aussi des contre-indications opératoires.

(1) L'infection des ganglions se produisant malgré les valvules des vaisseaux en sens inverse du cours de la lymphe, constitue, dans l'histoire de la diffusion des tumeurs, de leur propagation rétrograde, un fait pathologique fort intéressant sur lequel l'attention a été à peine appelée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 4 décembre 1893. — Présidence de M. GAYET.

ADÉNOPATHIE DANS LE CANCER DU TESTICULE.

M. PONCET fait une communication sur l'adénite sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule. (V. p. 605.)

M. LÉPINE, à propos du premier malade de M. Poncet, qu'il a eu dans son service, déclare qu'il avait observé les deux tumeurs testiculaire et sus-claviculaire. Le malade avait eu des hémoptysies, on songea dans le service à la tuberculose, on fit des ponctions pour pratiquer des inoculations qui restèrent négatives. C'ert alors que M. Lépine diagnostiqua une tumeur maligne du testicule et qu'on envoya le malade en chirurgie. Quant à la tumeur sus-claviculaire, son volume était tel qu'on croyait à une tumeur secondaire, et qu'on ne songeait pas à l'adénite, telle que Troisier l'a signalée dans les cancers de l'abdomen.

M. M. POLLOSSON a également vu ce même malade. Son diagnostic hésitait entre tuberculose et lymphadénome. Il demande si l'examen histologique permet bien d'affirmer qu'il s'agit d'un sarcome et non pas d'un lymphadénome. La confusion peut se faire facilement.

M. TEISSIER, en face d'une généralisation cancéreuse du poumon et de la plèvre, se demande pourquoi l'infiltration ganglionnaire sus-claviculaire ne proviendrait pas de là plutôt que du testicule.

M. OLLIER, à la suite du cancer du testicule, a vu des engorgements ganglionnaires de tous les côtés, il en a vu dans la région cervicale des deux côtés, donnant à ce niveau des œdèmes énormes. Mais il n'a jamais vu cet engorgement ganglionnaire précoce survenant dès le début.

M. PONCET reconnaît la justesse des observations de M. Lépine. Sauf la tumeur du testicule, on pouvait croire à de la tuberculose. De même chez le deuxieme malade qui avait eu une tumeur blanche.

Quant à la nature du néoplasme, il peut affirmer qu'il s'agit bien d'un chondro-sarcome. Les préparations ont été faites par son chef de laboratoire, M. le docteur Dor, dont la compétence est bien connue.

Le cancer pleuro-pulmonaire siégeait à droite et on ne voit pas pourquoi il aurait donné une adénite localisée à gauche.

L'adénite sus-claviculaire gauche a un mécanisme spécial, une physionomie clinique qui lui est propre. Elle est précoce, a une grande valeur pronostique et commande l'abstention de toute intervention opératoire.

M. OLLIER demande au bout de combien de temps ont été notés ces engorgements ganglionnaires ?

M. PONCET. Au bout de six mois dans un cas, de quatorze mois dans

l'autre. Cette adénite a été chez ses deux malades la première manifestation apparente de généralisation cancéreuse.

M. Ollier ne trouve pas cette généralisation très précoce, et insiste sur la malignité du cancer du testicule et sa généralisation hâtive. Souvent on opère des cancers testiculaires qui ont déjà de la généralisation pulmonaire qui a passé inaperçue, malgré l'auscultation. Il en cite des cas.

M. Poncet connaît bien cette extrême malignité du cancer du testicule. Il sait qu'on est exposé à opérer à son insu des cancers qui se sont déjà généralisés, mais il n'y a pas d'analogie entre ces faits et ceux dont il vient de parler. Il insiste sur la nécessité d'employer dorénavant le creux sus-claviculaire gauche chez les cancéreux testiculaires.

Le Secrétaire-adjoint, G. Roque.

Société des sciences médicales de Lyon.

Séances de novembre 1893.— **Présidence de M. Cordier.**

DU CANCER DU PÉRITOINE.

M. Sallès a recueilli dans le service de M. Colrat deux observations d'ascite guérie au cours d'une carcinose péritonéale.

Un homme de 76 ans présente une ascite manifeste sans troubles digestifs. Elle disparaît après un mois de traitement sous l'influence du repos et de la diète lactée. Un an après, le malade revient dans un état grave; mais on ne constate ni tumeur, ni hypertrophie du foie ou de la rate, ni ascite; peu après il meurt dans la cachexie et l'autopsie révèle une carcinose miliaire péritonéale et généralisée, sans liquide dans la cavité.

Un homme de 40 ans a présenté les mêmes phénomènes d'ascite sans accidents prémonitoires. Après deux mois de traitement et l'usage de la diurétine, l'ascite a disparu; cependant l'on constate l'hypertrophie du foie. Un épanchement pleural se déclare et la ponction donne deux litres d'un liquide citrin et coagulable. M. A. Pollosson fit une laparotomie exploratrice, retira un litre de liquide hématique et l'on put constater l'existence d'une carcinie du péritoine et du foie. La mort survint quinze jours après. Pas d'autopsie.

Ces deux observations permettent de croire à la curabilité de l'ascite au cours d'une affection autre que la cirrhose du foie, et montrent qu'il est aisé de confondre la péritonite

tuberculeuse et la cirrhose hépatique avec le cancer du péritoine.

M. COLRAT. Les observations rapportées par M. Sallès montrent qu'un épanchement péritonéal peut disparaître dans d'autres circonstances que dans la cirrhose du foie, comme on l'a dit. L'ascite peut disparaître dans la carcinose péritonéale; elle peut aussi disparaître au cours d'une péritonite tuberculeuse et il vient de l'observer récemment sur un vieillard de la Charité. Ces faits imposent la plus grande réserve pour le diagnostic et le pronsotic.

M. BARD. Les observations rapportées par M. Sallès gagneraient à donner quelques renseignements complémentaires. Cette carcinie à évolution si lente de la première observation lui paraît singulière. D'ordinaire la marche est rapide et l'ascite a pu tenir à une autre cause. On ne nous dit rien de l'état du cœur et des reins. Cette observation ne donne d'autre droit que de dire : une ascite a guéri chez un vieillard et un an après ce même vieillard est mort d'un cancer du péritoine.

M. COLRAT. On a des observations de cancer du péritoine ayant duré un an et dix-huit mois. La carcinose peut être aiguë ou chronique. Dans le sujet de notre première observation, il n'y avait de tumeur profonde nulle part. Dans la deuxième, le malade était cliniquement débarrassé de son ascite. Andral, du reste, avait déjà fait remarquer qu'un épanchement pleural peut remplacer une hydropisie ascitique.

M. Humbert MOLLIÈRE a écouté avec beaucoup d'intérêt les observations de MM. Colrat et Sallès. Il croit comme eux que, dans certains cas de cancers viscéraux, l'ascite peut disparaître définitivement à la suite d'une ponction, d'un traitement approprié ou sans cause connue. Les malades n'en succombent pas moins à la cachexie résultant des altérations fonctionnelles de l'organe primitivement atteint. A l'appui de cette manière de voir, il cite l'observation publiée autrefois par le docteur Guyénot, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, dans les Bulletins de la Société. Elle avait trait à un homme atteint de cancer primitif du foie. Il avait une ascite considérable qu'on crut simplement sous la dépendance d'une péritonite et l'on fit une ponction suivie d'une injection iodée suivant la formule préconisée par Teissier père et Besnier. Le liquide ne se reproduisit pas et la mort survint au bout de deux ou trois mois de cachexie. A l'autopsie, on trouva le foie entièrement dégénéré, mais il n'y avait dans la cavité abdominale aucune trace de liquide ascitique : le péritoine était parfaitement lisse. Ce n'était donc point par inflammation substitutive et adhésive que la guérison de l'ascite avait été obtenue.

Comme beaucoup d'autres cliniciens, M. Humbert Mollière croit que certaines hépatites chroniques d'origine alcoolique avec épanchement péritonéal sont susceptibles de rétrograder, de telle sorte qu'à la suite d'un traitement approprié, de véritables guérisons ont pu être observées. Mais pour se prononcer avec certitude, il faut que les sujets aient été en observation pendant des mois et des années, et qu'il n'y ait pas de

doute possible sur la valeur du diagnostic. M. Mollière résume à ce sujet l'histoire d'un malade qu'il suit depuis longtemps et qui lui paraît tout à fait démonstrative. Cet homme, qui se livrait à des excès de boisson, se présenta à l'Hôtel-Dieu il y a huit ans avec un gonflement considérable du foie et une ascite si abondante et à reproduction si rapide, qu'il dut être ponctionné 52 fois durant l'espace d'une année. Depuis lors le malade ayant complètement changé de régime, le foie a diminué de volume et l'ascite ne s'est jamais reproduite. Il rentre de temps en temps à l'hôpital pour des phénomènes congestifs assez singuliers du côté de l'abdomen, qui cèdent rapidement grâce à l'emploi simultané de la diète lactée et de l'iodure de potassium. Une partie de cette intéressante observation est consignée dans la thèse remarquable de M. Abel Françon : *Sur les hépatites chroniques et leur curabilité.* Lyon, 1888, p. 175.

M. Mayet. M. Colrat a émis quelques doutes sur la réalité de la guérison des cirrhoses. J'ai les observations de plusieurs malades que j'ai suivis longtemps, l'un d'eux pendant 20 ans ; il est actuellement âgé de 75 ans, a eu diverses atteintes de cirrhose alcoolique et chaque fois avec congestion du foie, ictère et ascite. M. Françon a rapporté dans sa thèse quelques observations de maladess suivis pendant de longues années, atteints de cirrhose commençante et guéris par la suppression des habitudes alcooliques. Je ne doute pas que la cirrhose à son début ne soit curable.

M. Bianchi. On peut voir sur l'une de nos places un commissionnaire, vieil alcoolique, qui à ma connaissance a été ponctionné au moins deux fois il y a plusieurs années et qui se porte relativement bien aujourd'hui.

M. Colrat a simplement dit que, lorsqu'on voit une ascite disparaître, on n'est pas en droit d'affirmer la cirrhose hépatique et qu'il est prudent de réserver le pronostic.

NÉVROME PLEXIFORME.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente deux malades, du service de M. le professeur Poncet, atteints de malformation congénitale des parties molles de la face.

Le premier malade a 19 ans; sa mère était déjà atteinte de malformation du cou et l'affection a débuté chez lui peu de temps après sa naissance.

Le sujet a déjà été présenté à la Société en février 1893. On constate actuellement deux larges replis cutanés. L'un recouvre complètement l'œil gauche, qui est sain ; l'autre va de la commissure des lèvres à l'oreille et se termine dans le conduit auditif même qu'il obture, déterminant ainsi une surdité à peu près complète de ce côté. La moitié gauche de la voûte palatine fait saillie dans la bouche et le maxillaire

supérieur est atrophié; les grosses molaires manquent de ce côté. De petites tumeurs se trouvent sous la peau, dans le conduit auditif, dans le dos et au cou; la nature en est variée; ce sont des molluscum fibreux, des papillomes ou des verrues.

M. le professeur Poncet avait déjà pratiqué une première opération; M. Jaboulay est intervenu récemment de nouveau pour atténuer la difformité du repli supérieur.

L'examen microscopique a montré à la périphérie une atmosphère dense de tissu conjonctif, et au centre une substance analogue à des cylindraxiles entourés de cellules étoilées rappelant celles de la névroglie.

Le deuxième malade présente des lésions analogues macroscopiquement et microscopiquement; il n'y a chez lui qu'un seul repli cutané allant du tragus au menton. Une partie de la difformité a déjà été enlevé. Comme chez le premier, on retrouve des antécédents héréditaires.

S'agit-il d'un névrome plexiforme, comme semble inciter à le croire l'examen microscopique? ou d'un éléphantiasis cutané? ou d'une hypertrophie du tissu conjonctif? ou enfin d'une lésion primordiale du tissu nerveux ayant amené secondairement l'hypertrophie consécutive de la peau et du tissu conjonctif? La question est difficile à élucider.

M. Delore ne voit là qu'une difformité, une hypertrophie congénitale comme il on a observé souvent sur d'autres parties du corps; la paupière et les joues y semblent plus particulièrement prédisposées. Ce ne son point là des affections morbides, mais des hypertrophies congénitales et héréditaires. Tous les tissus y participent. Quant au mode d'intervention, il n'y en a pas d'autre que l'ablation. On craint de trop enlever et l'on reste généralement en deçà; cela oblige à y revenir.

BRUIT BULLAIRE PRODUIT PAR LES MOUVEMENTS CARDIO-AORTIQUES.

M. Regaud, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. le professeur Renaut. C'est un vieillard âgé de 80 ans, autrefois maçon, à antécédents rhumatismaux, qui se plaint de dyspnée, de vertiges et de douleurs précordiales pseudo-angineuses; il présente en outre un tremblement sénile léger. La matité aortique est considérable et mesure

10 centimètres. L'auscultation révèle un souffle systolique de la pointe et un souffle systolique rude de la base.

Le diagnostic, qui avait éte fait primitivement de maladie de Hogdson, est actuellement : athérome généralisé, aortite chronique avec dilatation considérable de la crosse, affaiblissement du myocarde. Mais si on ausculte le malade couché, on entend, à partir du bord gauche du sternum, ayant son maximum à droite de cet os et allant en s'affaiblissant vers l'aisselle droite, un bruit singulier comparable à un fort râle crépitant. Il s'agit bien là d'un bruit intra-thoracique, mais extra-pulmonaire ; il est indépendant de la respiration et manifestement en rapport avec les mouvements cardiaques. On ne l'entend pas dans la position verticale. Il s'exagère après les efforts physiques et pendant le cours des bronchites contractées par le malade. Il est occasionné par les mouvements de frottements de l'aorte thoracique considérablement dilatée. Mais il est plus difficile d'expliquer son caractère bullaire.

M. le professeur Renaut pense que ce bruit est produit par un mécanisme analogue à celui que MM. Chauveau et Bondet ont admis pour expliquer le râle crépitant de la pneumonie. Ici, le médiastin, devenu scléreux et bon conducteur du son, transmet à l'oreille les frottements d'une aorte dilatée et athéromateuse. Dans tous les cas, le phénomène signalé est de la plus extrême rareté.

GRANULIE TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LES BADIGEONNAGES GAÏACOLÉS.

M. Courmont. — M. Bard avait déjà présenté un malade tuberculeux et fébricitant, remarquablement amélioré par les badigeonnages de gaïacol. J'avais aussi signalé à la Société les quatre cas que j'ai traités par cette méthode. Deux malades atteints de tuberculose aiguë étaient sortis guéris, et il m'était resté dans l'esprit que les badigeonnages gaïacolés sont nuisibles aux cavitaires et utiles aux fébricitants. Le malade présenté aujourd'hui, entré le 13 octobre dernier à l'Hôtel-Dieu, était fébricitant depuis le 5. Du 13 au 23 octobre, il a présenté une fièvre vive avec température de 38° à 39°8, un trottement péricardique et un amaigrissement

rapide et considérable. Du 23 au 28, la température s'abaisse légèrement ; mais l'état général s'aggrave : le malade tousse et présente des signes d'induration du sommet droit et, le 28, a de petites hémoptysies. Du 29 octobre au 9 novembre, la température remonte à 39° et les symptômes de tuberculose aiguë du poumon s'accentuent ; les crachats renferment des bacilles ; les urines sont albumineuses. En même temps apparaissent des phénomènes méningés : strabisme, inégalité pupillaire, vomissements. C'est à ce moment qu'interviennent les badigeonnages gaïacolés, avec 0,50 centigr. de la substance seulement. Dès le troisième badigeonnage, la température tombe pour ne plus remonter, l'effet habituel immédiat n'ayant pas manqué de se produire après les deux premiers. On a fait encore, par précaution, trois autres badigeonnages et le malade est allé tous les jours en s'améliorant; il a repris 3 kilogr. depuis le 9 novembre ; sa température n'a jamais plus dépassé 37°4. Les phénomènes morbides du péricarde, des méninges et du sommet pulmonaire ont disparu ; les bacilles n'existent plus dans les crachats ; le malade a de l'appétit et ne se plaint de rien ; en somme c'est une véritable guérison. C'est la quatrième fois que personnellement je constate un abaissement définitif de la température chez des tuberculeux fébricitants et non cavitaires.

M. Bard possède plusieurs observations analogues à celle de son premier mémoire et à celle de M. Courmont. Quand la guérison doit survenir, elle est rapide et s'obtient en trois jours ; le terrain gagné n'est pas reperdu. Mais il y a lieu de distinguer entre l'action antithermique du badigeonnage gaïacolé et son action antipyrétique. La première est sûre et d'observation banale aujourd'hui. La deuxième est rare et c'est ce qui donne de l'intérêt à l'observation présente de M. Courmont. Toutefois l'action antithermique immédiate peut ne pas se produire si la température est dans la période d'augment et voisine de son fastigium : ce sont là des questions d'heure de la fièvre plutôt que des questions de maladies. Quant à l'abaissement durable, rare, il lui a paru se produire surtout dans les cas de tuberculoses interstitielles ; mais dans les pneumonies tuberculeuses le badigeonnage est néfaste. Les autres cas n'éprouvent d'autre bénéfice que celui de l'antithermie passagère et il sera prudent de ne pas insister.

M. Lemoine a traité récemment par les badigeonnages gaïacolés un pleurétique emporté rapidement par une granulie. Il a obtenu l'effet immédiat qui suit le badigeonnage, mais non l'effet antipyrétique durable. Sur la fin même, le badigeonnage pratiqué dans la période ascen-

sionnelle de la fièvre, de une à six heures du soir, n'a été suivi d'aucun effet antithermique.

L'un des secrétaires annuels, P.-J. Navarre.

REVUE DES LIVRES

L'hiver dans les Alpes-Maritimes et la principauté de Monaco; climatologie et hygiène, par le docteur E. Onimus, lauréat de l'Institut. Paris, Masson. Un vol. in-18 avec 56 figures. — 4 fr.

Le livre de M. le docteur Onimus arrive à sa seconde édition. L'auteur autrefois établi à Paris et bien connu par de nombreux travaux scientifiques, habite Monaco depuis quelques années et il a mis à profit ce changement de résidence pour étudier en médecin les différentes conditions climatériques de cette région privilégiée.

Cette seconde édition, au lieu d'être « revue et augmentée », est au contraire « revue et diminuée », car pour être essentiellement pratique, l'auteur a supprimé tout ce qui ne se rapportait pas directement à la climatologie et l'hygiène du littoral méditerranéen. Il a ajouté, il est vrai, des chapitres nouveaux sur les variations de température, sur la prévision du temps, sur l'acclimatement et sur les modifications thérapeutiques que le changement de climat nécessite dans la plupart des maladies. Il a, de plus, complété les chapitres qui ont fait le succès de la première édition, c'est-à-dire ceux qui expliquent le climat par la topographie, ceux qui se rapportent aux avantages et aux inconvénients de la région et ceux qui traitent de la nourriture, de l'habillement, entrant dans une foule de détails, voulant se conformer aux paroles de Littré, son maître et ami : « Il ne suffit pas de donner aux malades un meilleur climat, il faut encore leur enseigner les moyens journaliers d'en profiter. »

Manuel de thérapeutique clinique, avec 220 formules, par M. C. Lemoine. Paris, L. Bataille, 1894. Un vol. in-18. — 8 fr.

La plupart du temps, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un malade à traiter, il est embarrassé pour faire un choix entre les nombreuses médications que lui proposent les divers ouvrages qu'il a consultés.

C'est pour lui éviter cet embarras et pour lui permettre d'appliquer immédiatement et sans hésitation telle ou telle

formule suivant le cas, que le professeur Lemoine a écrit son *Manuel de thérapeutique clinique*.

Ce Manuel, écrit à côté du lit des malades, s'adresse tout particulièrement aux praticiens, aussi bien à ceux qui débutent dans la carrière médicale et ont besoin d'un guide sûr et commode, qu'aux médecins expérimentés auxquels un renseignement rapide est souvent utile dans les cas douteux.

Un grand nombre de formules choisies parmi les plus simples et les plus nécessaires complètent cet ouvrage dont tous apprécieront la valeur.

REVUE DES JOURNAUX

Maladies valvulaires du cœur et grossesse, par M. Ch. Vinay. — Voici la conclusion pratique à laquelle arrive l'auteur dans cette étude : On connaît la formule si nette de Peter : Filles, pas de mariage, femme pas de grossesse ; mères, pas d'allaitement. Jaccoud est moins absolu, il admet des tempéraments et cherche à distinguer selon les cas. Si la malade n'a jamais souffert et que les lésions soient bien compensées, il n'y a pas de raison pour interdire le mariage; on tiendra compte toutefois des aspirations morales et de la *position sociale* de la jeune fille, selon qu'elle sera obligée ou non de travailler, lorsqu'elle deviendra enceinte. Jaccoud va plus loin, il croit que certains accidents d'asystolie, comme l'œdème léger des malléoles, les palpitations, ne sont pas des contre-indications au mariage ; on ne devra reculer que dans les cas où il y a de la dyspnée, des hémoptysies et des symptômes bien nets d'asthénie cardiaque.

Je me rattache, pour ma part, à l'opinion de Jaccoud, car en pareille matière, chacun juge d'après son expérience et ses observations personnelles ; j'ai vu trop de cardiopathes supporter la grossesse et accoucher sans accidents pour que j'en arrive à défendre absolument le mariage aux jeunes filles atteintes de maladies du cœur ; je ne fais aucune différence entre les lésions orificielles, qu'il s'agisse du rétrécissement mitral ou de l'insuffisance aortique, à condition que ces lésions soient compenséees et qu'il ne soit survenu, à aucune époque, des accidents graves d'asystolie, à condition

surtout qu'il n'existe pas d'albuminurie ; la force latente toujours en réserve dans un muscle cardiaque sain, pourra suffire au surmenage passager inséparable des derniers mois de la grossesse et des efforts de l'accouchement. S'il se manifestait de la dyspnée, de la bronchite, un peu d'œdème des membres inférieurs, on remédierait à ces troubles passagers par le repos absolu, par l'emploi de la digitale et l'usage du lait ; relevée de ses couches, la jeune femme verra l'équilibre se rétablir et sa santé revenir au point où elle était avant la gestation.

Mais si la malade a eu déjà des accidents avant son mariage, qu'elle ait présenté des signes bien nets d'insuffisance cardiaque, comme de la congestion pulmonaire, des hémoptysies et surtout de l'albuminurie, on peut être certain que la grossesse sera gravement troublée et l'avenir de l'enfant compromis.

Il est difficile, dans les cas de ce genre, de fixer des règles absolues, chaque cas veut être examiné en particulier, et c'est après un minutieux examen des bronches, des poumons, des reins, du foie, de l'état de la menstruation, des dimensions et du fonctionnement du cœur, qu'on pourra prendre une décision si importante pour l'avenir d'une jeune fille.

Les primipares supportent généralement bien la grossesse, ce sont les multipares déjà âgées et ayant eu de nombreux accouchements qui présentent des symptômes de la fatigue cardiaque, c'est-à-dire qu'il faut songer au danger des grossesses répétées.

La conclusion de M. Vinay est qu'on peut dans certains cas de lésions valvulaires permettre le mariage et la maternité, à condition toutefois de ne pas abuser. (*Arch. de tocol. et de gyn.*, nov. 1893.)

Le gonocoque en médecine légale, par Pierre Bosc.— L'auteur, tout en admettant que le gonocoque est la cause de la blennorrhagie, conteste que le gonocoque trouvé soit toujours importé par un coït infectant. Voici à quelle conclusion générale il arrive en ce qui concerne la valeur du gonocoque en médecine judiciaire :

Nous admettons donc qu'en médecine légale gonocoque ne

veut pas dire acte vénérien, et le premier devoir du médecin légiste, dans un cas présumé de viol avec transmission de blennorrhagie, sera d'examiner si l'infection suppose nécessairement un viol, et il devra faire une étude approfondie de l'état sanitaire de la famille au point de vue blennorrhagique; ensuite, si son enquête est négative, il la poursuivra dans le même but et si c'est possible, chez les relations ordinaires de la famille et les amies habituelles de la jeune fille, à son école, à son atelier ; en un mot, on n'en arrivera à l'idée de viol que quand aucune autre hypothèse ne sera plus possible. Je dis viol, mais j'emploie un mot qui rend mal ma pensée. Quand une vierge atteinte d'un écoulement à gonocoque présente aussi de forts délabrements de ses organes sexuels, c'est-à-dire les signes d'une effraction violente, le cas est fort simple. Mais il est autrement, et c'est de ce cas que je veux parler, lorsqu'une jeune fille ayant des pertes gonococciennes ne porte aucune blessure sur ses parties génitales, ce qui donne à penser qu'il n'y a pas eu intromission, mais simple attouchement pénien ; c'est dans ces cas qu'on devra rechercher patiemment toutes les causes connues d'infection gonococcienne, car il n'y a pas plus de preuves en faveur d'une souillure par voie génitale que d'une contamination par voie indirecte. (*Le Nouveau Montpellier médical*, 2 et 9 novembre 1893.)

Traitement des corps étrangers de l'oreille. — M. Guillaume a communiqué à la Société médicale de Reims un travail dans lequel il met en relief certains points importants. Après avoir insisté sur la nécessité de pratiquer toujours des injections d'eau tiède, il passe en revue les moyens à utiliser, lorsque les injections ont échoué, savoir : les instruments et les agglutinatifs. Parmi ces derniers, un des plus avantageux paraît être la gutta-percha, qui s'emploie de la façon suivante : on la fait fondre dans une cuillère en fer ; on la recueille au moyen d'un stylet de fil de fer pourvu d'un petit anneau à son extrémité ; on porte le stylet ainsi préparé sur le corps étranger ; on laisse environ cinq minutes ; puis on enlève stylet et corps étranger. M. Guillaume termine son travail en prescrivant de ne pas compter sur la tolérance du conduit auditif et d'extraire tous les corps

étrangers ; lorsque aucun procédé n'a réussi il faut intervenir avec le bistouri. (*Union médicale du Nord-Est*, décembre 1893.)

L'érysipèle à récidives multiples et sa prétendue atténuation, par M. Juhel-Rénoy. — On sait que l'érysipèle est une maladie à récidives. M. Juhel-Rénoy, qui observe un très grand nombre d'érysipèles dans son service de l'hôpital d'Aubervilliers, a vu des sujets ayant eu jusqu'à 27 et même 40 érysipèles successifs. Mais, contrairement à l'opinion, pour ainsi dire classique, l'auteur ne croit pas à l'atténuation de l'érysipèle récidivé. Il montre par des exemples qu'il est des malades qui font des érysipèles dont les récidives vont croissant de gravité et qui ruinent absolument la théorie de l'immunité symptomatique par le fait d'attaques antérieures. La gravité de l'érysipèle ne saurait donc être jugée par le nombre et la gravité des récidives. Par contre, il existe toute une catégorie de sujets qui font régulièrement des *éryspèles spontanément atténués*, ainsi que l'auteur lui-même l'a établi dans un précédent mémoire. (*Rev. internationale de bibliographie*, 10 déc. 1893.)

Formule contre les céphalées. — On sait combien il est souvent difficile de traiter et de guérir certaines céphalées, celles des neurasthéniques, des chlorotiques sont particulièrement rebelles à tout traitement. Voici une formule qui donne parfois d'assez bons résultats dans ces cas :

Antipyrine....................	25	centigr.
Caféine.....................	2	—
Chlorhydrate de cocaïne	1	—
Poudre d'opium..............	1	—

Pour un cachet.

On peut en administrer trois à quatre avec une infusion chaude de fleurs d'oranger, mauve et tilleul. Laisser entre chaque paquet un intervalle d'une demi-heure à une heure. (*La Médecine moderne*.)

BULLETIN DU LYON MÉDICAL

LE PROCHAIN CONCOURS DE CHIRURGIE

L'année 1894 verra peut-être se réaliser de sérieuses modifications dans l'organisation de nos concours de chirurgie; elle verra tout au moins soulever et discuter le principe de ces modifications et la formule précise de leur application pratique. Depuis quelque temps en effet on parle de ces changements possibles et les candidats sont un peu déroutés, ne sachant trop dans quel sens ils doivent diriger leur travail et leurs efforts.

Jusqu'à présent il y avait trois séries distinctes de concours, ayant tous un fond chirurgical commun et une partie spéciale, comprenant pour le concours de l'Antiquaille la dermatologie et les maladies vénériennes, et pour ceux de la Charité, les accouchements. Seul le concours de l'Hôtel-Dieu est exclusivement chirurgical.

La tendance actuelle, sans entrer dans les détails, serait de faire un concours de chirurgie générale, et les élus pourraient aller, selon le roulement, dans tous les services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de l'Antiquaille. Les conversations, les échanges d'idées sur ce sujet paraissent avoir surtout pour but actuellement de prévenir et de tâter l'opinion publique. Celle-ci se compose d'une résultante d'opinions particulières, et c'est mon opinion personnelle sur la question que je viens vous exposer ici; cette opinion, la voici en deux points :

1° Si l'on doit introduire de sérieuses modifications dans le prochain concours, il serait bon que les candidats soient prévenus longtemps d'avance et non pas seulement pendant les six mois réglementaires qui s'écoulent entre l'annonce d'un concours et son début. Ce n'est pas en six mois, en effet, qu'un candidat peut se mettre sérieusement au courant de spécialités étendues qui lui deviendront inutiles et ne représenteront pour lui que du temps perdu si le concours prochain doit être de chirurgie pure.

2° La solution qui me paraît la plus sage et la plus équitable serait de faire, comme par le passé, et à leur époque, le

concours de l'Antiquaille et celui de la Charité, qui, dans la série régulière, devaient venir avant le concours de l'Hôtel-Dieu, et d'attendre ce futur concours de l'Hôtel-Dieu pour décider que c'est à partir de sa date, s'il y a lieu, que tous les concours seront désormais de chirurgie générale.

Il y a, en effet, déjà et depuis longtemps des candidats qui comptant sur la continuation des errements anciens ont orienté leur travail dans le sens de concours spéciaux; ces candidats seraient lésés, alors que si on attend à son heure le futur concours de l'Hôtel-Dieu, tous les candidats seront et resteront désormais orientés vers la chirurgie générale sans préjudice pour aucun d'entre eux.

Cette solution permettrait en outre d'étudier avec soin et sans hâte les réformes à discuter, car il est résulté pour moi, de conversations multiples sur ce sujet, que les vues de tous ceux que la question intéresse sont loin d'être absolument claires et concordantes.

P. AUBERT.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES A LYON EN 1894.

La Société nationale de médecine, sous le patronage de laquelle s'organise ce Congrès, a demandé à M. le professeur C. Bouchard d'en accepter la présidence et a reçu de lui la réponse suivante :

Monsieur le Secrétaire général,

J'ai reçu la lettre par laquelle vous me faites savoir que la Société nationale de médecine me demande d'accepter la présidence du Congrès de médecine qui doit se tenir à Lyon, sous son patronage, au courant de l'année 1894.

J'éprouve autant de confusion à accepter un tel hommage que j'aurais de difficulté à m'y soustraire. Si votre Compagnie a porté sur moi son choix, alors que tant d'autres étaient plus dignes de cette distinction, c'est sans doute parce qu'elle a voulu resserrer en un faisceau les membres épars du corps médical lyonnais ; c'est parce qu'elle connaissait mon attachement à mon école d'origine, et parce qu'elle me savait fidèle à ses traditions et à son esprit.

En obéissant à ses ordres, je contracte envers elle une nouvelle dette de gratitude. Elle m'a encouragé et soutenu à mes débuts ; elle m'a tiré de l'obscurité et aujourd'hui elle couronne ma carrière.

Je vous prie, Monsieur le Secrétaire général, d'être auprès de vos collègues l'interprète de ma respectueuse reconnaissance, et d'agréer pour vous personnellement l'expression de mes affectueux et dévoués sentiments.

BOUCHARD.

Société des sciences médicales de Lyon (séance du 27 décembre 1893). — M. Roux, interne des hôpitaux, présente un malade de 34 ans, atteint de tumeurs multiples de la région antérieure du moignon de l'épaule droite et variant du volume d'une noisette à celui d'une orange. Au point de vue histologique ces tumeurs sont des sarcomes fuso-cellulaires, et un mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée au point de vue clinique.

— M. Siraud, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société une hydronéphrose du rein droit opérée par néphrotomie, mort six heures après l'opération. Tissu rénal atrophié avec caillots sanguins récents, aucun obstacle dans l'uretère, rein gauche infiltré de sang à la périphérie. Cette pièce, fait remarquer M. Glénard, n'est pas favorable à l'hypothèse de la mobilité du rein comme cause habituelle de l'hydronéphrose intermittente.

— M. Courmont, interne des hôpitaux, présente un cancer de la partie inférieure de l'œsophage obturant le calibre du canal, et une seconde tumeur plus petite recueillie sur le même sujet et siégeant sur le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater. La tumeur duodénale est-elle une greffe du cancer œsophagien, ou bien s'agit-il de deux cancers primitifs indépendants ? L'examen histologique des deux tumeurs tranchera cette question.

— M. Linossier soutient cette thèse que l'examen des produits de la digestion par l'analyse chimique nous éclaire sur le pouvoir absorbant de l'estomac ou l'élimination plus ou moins rapide des peptones par le duodénum, mais n'indique pas la puissance des facultés digestives. Peu de peptones dans l'estomac avec un sucre gastrique riche en acide chlorhydrique et en pepsine témoignent en faveur du pouvoir absorbant ou éliminateur. Au contraire, beaucoup de peptones avec un suc acide riche est plutôt la preuve de l'inertie de l'estomac que de sa puissance digestive.

— M. le docteur Grandclément estime qu'on ne doit jamais instituer un traitement énergique de l'ophtalmie des nouveau-nés, si l'on n'a pas acquis la preuve que l'on est en présence d'une ophtalmie blennorrhagique ou gonococcienne. Traiter trop énergiquement un catarrhe purulent est chose nuisible, car les lavages et un collyre au nitrate d'argent 0,05 pour 10 gr. d'eau suffisent pour guérir rapidement la forme catarrhale de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Concours pour une nomination de professeur suppléant a l'École de médecine de Grenoble. — La semaine dernière a eu lieu un concours pour une nomination de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales, à l'Ecole de médecine de Grenoble. Le jury était composé de MM. Bondet, président, Berlioz et Pegou, de Grenoble, Teissier et Weill.

L'affiche portait quatre épreuves : une question écrite de pathologie interne avec cinq heures pour la rédaction du mémoire ; une leçon orale de trois quarts d'heure de pathologie interne avec trois heures de réflexion ; une leçon d'une demi-heure sur deux malades après vingt minutes d'examen ; une épreuve d'anatomie pathologique avec recherches

histologiques et bactériologiques : quatre heures sont accordées au candidat.

Un seul postulant se présentait, M. Porte, interne sortant des hôpitaux de Lyon. Il peut paraître quelque peu anormal qu'une situation très convenable, comme celle de professeur dans une Ecole secondaire qui a plus de 60 élèves, ne tente pas davantage les jeunes ambitions. Les qualités très brillantes que le jury a pu apprécier chez M. Porte nous expliquent dans une certaine mesure cette abstention des concurrents, qui ont montré plus de perspicacité que de courage.

Il est regrettable aussi que les épreuves de M. Porte n'aient eu pour témoins que les membres du jury. En général les concours ont le don d'attirer une galerie nombreuse, empressée, qui arrive parfois à se passionner et à prendre parti.

M. Porte, sorti récemment de l'internat, jouissant de l'estime générale, entouré de sympathie et d'amitiés, n'a pas, en apparence du moins, bénéficié de ces bonnes conditions. Ses amis, rassurés sur son sort, n'ont pas jugé utile de lui donner l'appui de leur présence et de leurs encouragements. C'est encore là un des inconvénients de la lutte sans concurrence, et c'est un inconvénient sérieux, non seulement au point de vue de l'institution du concours, mais encore pour le candidat qui a tout intérêt à avoir le stimulant d'un auditoire. Sa parole y gagne en animation, en chaleur, en aplomb. Il s'exprime devant des élèves, il enseigne. Il perd ce ton ému, craintif et solliciteur des candidats livrés à leurs seuls juges. M. Porte n'a pas été de ceux-là. Il a su parler en professeur, bien que n'ayant pas toute l'expérience de la profession. Il n'a pas développé certaines parties de son sujet qu'il possédait bien, et qui auraient gagné, pour des élèves, à être commentées et appuyées de quelques explications. A part ce défaut presque fatal des débuts de l'enseignement, M. Porte a fait sur le jury une excellente impression, et les juges, à l'unanimité, ont proposé à M. le Ministre de l'instruction publique de le désigner comme professeur suppléant à l'Ecole de Grenoble.

Voici les différentes épreuves subies par le candidat :

Question écrite de pathologie interne : « La maladie d'Addison. »

Leçon orale de trois quarts d'heure : « La migraine. »

Leçon clinique : « Un malade atteint de mercurialisme professionnel et un rhumatisant atteint d'endocardite avec insuffisance mitrale. »

Epreuve d'anatomie pathologique : « Autopsie d'un tuberculeux avec recherche des bacilles de Koch dans les sécrétions bronchiques. »

E. W.

École du service de santé militaire de Lyon. — A la suite des concours qui ont eu lieu à l'École d'application du Val-de-Grâce, MM. les docteurs Boisson, Ferrier, Rioblanc et Sieur, médecins-majors de 2e classe, ont été nommés répétiteurs à l'École du service de santé militaire.

M. Kelsch, directeur de l'École de santé, vient d'être promu au grade de médecin inspecteur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mocquin, ancien interne des hôpitaux de Lyon (promotion de 1864),

et de M. Manjot, ancien élève de l'École de Lyon. Ces deux regrettés confrères exerçaient la médecine à Belley (Ain).

— Le doyen de la médecine lyonnaise, le docteur Archinard, vient de mourir à l'âge de 90 ans. Longtemps médecin des Sociétés des secours mutuels, la Société générale de la mutualité lui décerna il y a quelques années une médaille d'argent en témoignage de son dévoûment aux pauvres et de son désintéressement.

MUTATIONS DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DE L'ANTIQUAILLE. — M. P. Aubert, chirurgien de la division des femmes, arrivé au terme de ses fonctions, quitte l'hospice de l'Antiquaille. M. Cordier passe du service des hommes à celui des femmes, M. Augagneur de celui des enfants à celui des hommes, et M. Rochet entre en fonctions dans la division des enfants.

A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix Montyon :* Une mention est accordée à M. Fiessinger, d'Oyonnax (Ain), pour ses travaux d'épidémiologie, des citations à M. Delore (de Lyon) pour ses travaux sur l'orthopédie, et à MM. Testut et Émile Blanc (de Lyon) pour leur atlas d'anatomie obstétricale.

Le prix Montyon (statistique) a été décerné à M. Marvaud, médecin en chef de l'hôpital Villemanzy pour son ouvrage sur les maladies du soldat, et le prix Desmazière à M. Sauvageau, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon pour ses recherches sur les plantes aquatiques.

DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES — La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine est devenue exécutoire à partir du 1er décembre 1893, les médecins n'ont pas à se préoccuper cependant de ce qui touche à la déclaration des maladies épidémiques par eux observées. Jusqu'à ce que l'arrêté ministériel contenant la liste des maladies épidémiques et fixant le mode de déclaration desdites maladies n'aura pas été publié dans le *Journal Officiel,* l'article 15 de la loi du 30 novembre 1882 ne pourra être appliqué.

UN ACCOUCHEUR DEVANT LE TRIBUNAL CIVIL.— Un mari, dont la femme a succombé à la suite de la mise au monde de deux jumeaux, a formé contre le docteur T .., qu'il avait chargé de cet accouchement, une demande en 20,000 francs de dommages-intérêts. Il reprochait à notre confrère d'avoir commis une faute lourde en ne procédant pas à l'extraction des débris de placenta restés dans la cavité utérine, ce qui avait eu pour conséquence d'entraîner la mort de la femme du demandeur.

L'affaire est venue devant la 4e Chambre du tribunal civil de la Seine. M. le docteur T... a répondu que cette opération avait été jugée par lui dangereuse et impossible à cause de l'état et de la constitution de la parturiente, et plusieurs autres médecins ont confirmé cette opinion.

Le tribunal a rendu un jugement par lequel il déboute le demandeur, attendu qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un débat d'ordre scientifique, et que, du reste, M. le docteur T... n'ayant commis aucune faute, ne saurait être rendu responsable de la mort de l'accouchée.

DIZAIN D'ACTIONS DE GRACES D'UN CYSTOSTOMISÉ DE DEUX ANS.

A M. le professeur A. Poncet.

Ma *bouche* est toute jeune, et son premier langage
Revient à qui l'a faite, acceptez cet hommage.
P. D.

Pour mes amis, pour moi, que de remercîments
De m'avoir fait ainsi vivre encor ces deux ans !
Vainement Atropos, l'*ingrate*,
Moultes fois essaya de ressaisir mon fil.
Mais « de quel droit t'appartient-il ?
Lui dites-vous. A bas les pattes !
Ajourne l'espoir qui te flatte.
Les maux dont il se plaint n'ont rien de sérieux.
S'il ne va pas de mieux en mieux,
C'est qu'entre nous, il va de vieux en vieux ! »

MÉDECIN CONTRE PHARMACIEN. — M. R..., pharmacien de Paris, convaincu sur la plainte du docteur Barön, d'avoir remplacé dans une potion 0,50 centigr. de musc par de la teinture de musc, a été condamné à 500 fr. d'amende, et L. H..., son élève, à une amende d'égale somme.

Le tribunal correctionnel de la Seine les condamne en outre aux dépens.

A RECOMMANDER AUX MÉDECINS. — Par arrêté ministériel en date du 25 décembre 1893, sont admis à circuler en France aux conditions du tarif de cinq centimes pour 50 grammes :

Les notes d'honoraires, avec ou sans indication de la date et du mode de paiement; les factures acquittées ou non, les relevés de compte, les ordonnances médicales, les certificats et documents analogues, les quittances et reçus de sommes versées, pourvu qu'ils ne soient pas établis en forme de lettre.

Les cartes de visites, imprimées ou manuscrites, avec nom, prénoms, qualité ou profession, adresse de l'expéditeur, jours et heures des consultations, sont admises à circuler par la poste au tarif des imprimés.

LE DROIT DE LA CRITIQUE. — La *Saint-Petersburger med. Wochenschrift* rappelle que le professeur Jæger vient de poursuivre son collègue le professeur Manassein devant le tribunal civil. Le premier se plaignait de ce que le professeur Manassein, dans son journal *Wratsch*, l'avait traité de charlatan insigne ou de véritable aliéné, pour avoir, dans un opuscule récent, prétendu que l'on peut, par l'odeur des excrétions, reconnaître la nationalité, le sexe, les habitudes et les maladies des individus.

M. Manassein, dans sa défense, a soutenu que dans l'article incriminé, il n'avait fait que son devoir de médecin et de journaliste médical.

Le tribunal, lui donnant raison, l'a acquittté et le public lui a fait une ovation.

METÉOROLOGIE (Observatoire de Lyon).

Décembre	PRESSION BAROMÉT. réduite à 0				TEMPÉRATURE				HUMIDITÉ en cent°		MILLIMÈTRES d'eau en 24 h. jusqu'à 8 h.		Décès.
	Max.	Heure	Min.	Heure	Maxima	Heure	Minima	Heure	Max	Min.	tombés	évap	
17	759	0 m	754	12 s	+ 5.1	2 s	— 1.1	7 m	93	87	0.0	glac.	24
18	754	0 m	749	9 s	— 0.8	8 s	— 2.0	8 m	100	96	0.0	—	24
19	749	0 m	740	12 s	+ »	»	— 3.2	8 m	100	69	0.0	—	31
20	741	10 m	736	3 s	+13.6	12 m	— »	»	83	64	0.0	—	36
21	745	12 s	738	3 m	+11.5	1 s	+ 4.8	0 m	85	54	0.4	—	24
22	753	11 s	745	0 m	+ 6.7	3 s	— 1.3	6 m	75	65	0.5	—	21
23	756	11 m	753	0 m	+ 7.1	3 s	— 3.2	6 m	100	69	0.0	—	26

MALADIES RÉGNANTES. — Aucun changement bien notable dans la constitution médicale de la 51e semaine de 1893, marquée par 186 décès. Il y en avait eu 171 la semaine précédente et 191 pour la période correspondante de 1892.

Sur les 186 décès hebdomadaires (136 en ville, 50 dans les hôpitaux civils), 26 ont été constatés chez des personnes ayant dépassé 70 ans, et 8 chez des enfants âgés de moins d'un an.

Les maladies aiguës des organes de la respiration (bronchites, pneumonies, broncho pneumonies) sont toujours fréquentes.

Même fréquence des symptômes congestifs et inflammatoires chez les phymiques, les cardiaques et les catarrheux.

La grippe avec ses nombreuses variétés de forme frappe un certain nombre de personnes.

Les maladies contagieuses *officielles* sont peu nombreuses, elles n'ont occasionné que 5 décès : rougeole 2, diphtérie 1, fièvre puerpérale 1, diarrhée cholériforme 1. Dans la semaine correspondante de 1892, nous avions enregistré 15 décès par diphtérie.

Du côté de l'appareil cérébro-spinal, des congestions et des apoplexies cérébrales en certaine proportion.

MORTALITÉ DE LYON (population en 1891 : 438,077 habitants). Pendant la semaine finissant le 23 décembre 1893, on a constaté 186 décès :

Fièvre typhoïde....	0	Catarrhe pulmonaire	16	Affections du cœur.	16
Variole...........	0	Broncho-pneumonie	10	— des reins....	3
Rougeole..........	2	Pneumonie........	15	— cancéreuses.	8
Scarlatine........	0	Pleurésie..........	2	— chirurgicales	15
Erysipèle.........	0	Phthisie pulmon...	30	Débilité congénitale	4
Diphtérie-croup...	1	Autres tuberculoses.	2	Causes accidentelles	1
Coqueluche........	0	Méningite aiguë ...	3	Aut. causes de décès	19
Affect. puerpérales	1	Mal. cérébro-spinales	23		
Dysenterie........	0	Diarrhée infantile..	4	Naissances.......	156
Choléra nostras....	0	Entérite (au-dessus de 2 a.)	1	Mort-nés........	13
Bronchite aiguë..	7	Cirrhose du foie....	3	Décès...........	186

Le Président du Comité de rédaction,
H. MOLLIÈRE.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon, Association typographique. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.

TABLE DES MATIÈRES

D

E

F

G

M

N

O

P

FIN DU TOME SOIXANTE-QUATORZIÈME.